

¡Año del Fortalecimiento de la Calidad!

CONSTANCIA

El Suscrito, en calidad de Tutor del trabajo **Seminario de Graduación** Titulado:
"Prevalencia de trastornos de la conducta alimenticia en deportistas de Judo, Taekwon Do, Karate Do y Levantamiento de Pesas, durante el II Semestre del año 2013", presentado por la bachillera GLADYS ODALYS SALGADO JOYA, carné No. 09-02340-8, para optar al título de **Licenciada en Psicología**, hace constar la finalización del mismo, para efectos de su presentación y defensa ante el honorable Tribunal Examinador.

Se extiende la presente en la ciudad de Managua, a los **treintaiún** días del mes de **enero** del año dos mil **catorce**.

MFN 1397

R. García M.
MSc. René Ismael García Medina

Tutor



SM
PSC
378.242
Sal
2014



DEDICATORIA

Este trabajo investigativo se lo dedico a mis padres Gladys Mercedes Joya Amador y Víctor Manuel Salgado Pereira y a los deportistas de la UNAN-MANAGUA.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente a Dios por haberme brindado de sabiduría, salud y así poder culminado con éxito mis estudios.

A mis padres por el invaluable apoyo económico dando lugar a que cada día pueda dedicarme a mis estudios.

Al Msc. René Ismael García Medina por guiarme en el camino hacia la superación y por la paciencia brindada al orientarme a desarrollar este trabajo.

A Steven Ruiz y Luis Carlos García, quienes me brindaron de su apoyo incondicional.

A los entrenadores de los atletas quienes accedieron a brindarme del tiempo necesario para realizar las entrevistas y los test a sus deportistas, así como el tiempo brindado para entrevistarlos.

A los deportistas de judo, taekwondo, karate do y levantamiento de pesas de la UNAN-MANAGUA que gentilmente accedieron a llenar los test y las entrevistas permitiéndome así la culminación del trabajo.

Al Lic. Renney Delgado por el tiempo brindado para el desarrollo de este trabajo.

A mi hermana Gadi Jahazieel Salgado Joya por brindarme de su conocimiento.

A la nutricionista Jenny Casco por brindarme de su tiempo.

A los maestros porque son los que nos proporcionan el pan de la enseñanza ya **que** sin ellos no sería posible realizar el sueño de ser hombres y mujeres de bien **que** estando ya preparados podrán contribuir al desarrollo del país.

A mis compañeros de seminario de graduación por haberme orientado.

RESUMEN

Mediante la prueba psicológica de nombre Test de Actitudes Hacia la Alimentación (EATING ATTITUDES TEST (EAT-40)), en esta investigación se conoce la prevalencia de los trastornos de la conducta alimenticia en los deportistas de judo, taekwondo, karate do, levantamiento de pesas, así como también se aplicó entrevistas y una guía de observación para constatar los resultados de la prueba y consolidar los objetivos de investigación, con una muestra de 42 deportistas de la UNAN-MANAGUA durante el II semestre del año 2013. Es una investigación descriptiva y de corte transversal.

Entre los datos se encontró que prevalecen algunos trastornos de la conducta alimenticia, siendo el más relevante la anorexia nerviosa, puesto que se presentó en todos los deportes y bulimia nerviosa como otro trastorno presente solo en karate do.

Así como el 47.6 % de los deportistas está propenso a padecer de trastornos de la conducta alimenticia, los más propensos son los deportistas de judo.

En mujeres prevalecen más los trastornos de conducta alimenticia que en hombres. En los atletas cuyas edades van de 18, 19, 21 y 23 se presenta la anorexia nerviosa y solo en edades de 18 años se evidencia la bulimia nerviosa. También prevalece preocupación por la comida, presión social percibida, conductas y síntomas relacionados a los trastornos psicobiológicos.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimenticia. Anorexia. Bulimia. Deporte. Deportistas.

INDICE

I-INTRODUCCIÓN.....	1
II-ANTECEDENTES.....	2
III-JUSTIFICACIÓN	4
IV-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
V-OBJETIVOS.....	6
VI-PREGUNTAS DIRECTRICES.....	7
VII-MARCO TEÓRICO	8
VIII-OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	28
IX-DISEÑO METODOLOGICO	29
X-ANÁLISIS DE RESULTADOS	33
XI-INTERPRETACION DE RESULTADOS	44
XII-CONCLUSIONES.....	46
XIII-RECOMENDACIONES.....	47
XIV-BIBLIOGRAFÍA	49
ANEXOS	51

I-INTRODUCCIÓN

El deporte es toda aquella actividad física que involucra una serie de reglas o normas a desempeñar dentro de un espacio o área determinada a menudo asociada a la competitividad deportiva.

Los trastornos de la conducta alimenticia son alteraciones persistentes y graves de la conducta alimenticia caracterizados por el consumo y absorción anormal de alimentos con la finalidad de controlar el peso corporal, lo cual tiene una repercusión significativa sobre la salud física y el funcionamiento psicosocial. Incluyen dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

En este estudio se describe la prevalencia de los trastornos de la conducta alimenticia en los deportistas mediante una prueba psicológica. Su realización se llevó a cabo con deportistas de la UNAN-MANAGUA practicantes de judo, taekwondo, karate do y levantamiento de pesas y su objetivo fue analizar si en estos deportistas existen trastornos de la conducta alimenticia.

Se realizó primeramente una entrevista abierta, semiestructurada a los entrenadores con el propósito de resaltar cuáles son las necesidades psicológicas de sus deportistas y luego a los atletas para confirmar lo planteado por los entrenadores, se llegó a la conclusión que por las rigurosas dietas y por las presiones hacia la delgadez a las que se ven sometidos para lograr el éxito deportivo o bien por el exceso de actividad física pueden llegar a padecer de trastornos de la conducta alimenticia.

Luego se aplicó la prueba psicológica de nombre Test de Actitudes Hacia la Alimentación (EATING ATTITUDES TEST (EAT-40) a los sujetos de este estudio (42 atletas) para conocer quiénes pueden ser los posibles afectados con los trastornos de la conducta alimenticia. Y por último se realizó observación en una semana para verificar los resultados obtenidos del test y consolidar los objetivos de la investigación.



II-ANTECEDENTES

Respecto a la investigación bibliográfica a nivel nacional no se encontró ningún estudio acerca de trastornos de la conducta alimenticia en deportistas.

Sin embargo se encontraron dos estudios a nivel internacional en relación al tema de investigación.

- 1. Estudio descriptivo de los factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimenticia en atletas universitarias de cross country (campo traviesa). Elaborado por: Jillian Frideres y José Manuel Palao en la Universidad Católica San Antonio de Murcia de España.**

Sus objetivos fueron: investigar los trastornos de la conducta alimenticia, los factores de riesgo, el conocimiento de estos trastornos por parte de corredoras de fondo, y conocer si aún existe este problema o el riesgo del mismo entre éstas.

Se aplicó un cuestionario que fue diseñado de forma específica para el estudio (Frideres y Palao, 2004), para medir el tipo de implicación atlética, autopercepción del cuerpo, estrés relativo al control del peso, conductas alimentarias y conocimiento sobre los trastornos de la conducta alimenticia.

Los resultados indican que los entrenadores deben ser cuidadosos en los aspectos relacionados con el control del peso. Así, es necesario que comprendan el papel que desempeñan en la vida de las atletas y cómo sus comentarios y actitudes pueden afectar en su desempeño. En el mismo estudio se planteó que no se debe olvidar que una de cada cinco atletas indica que sus entrenadores son causa de estrés sobre el control del peso. Las atletas participantes en este estudio tienen información sobre los trastornos de la conducta alimenticia, pero no por parte de su entrenador ya que el porcentaje de atletas que ha recibido información al respecto por parte de sus entrenadores es reducido.



Ψ

2. Trastornos de la Conducta alimenticia, Práctica Deportiva y Autoconcepto Físico en Adolescentes elaborado por: Goñi Grandmontagne A y Rodríguez Fernández A. En el cual se desconoce su país de origen.

El instrumento utilizado en la primera fase del estudio que participaron 740 estudiantes de entre 12 y 16 años fué el cuestionario de nombre Inventario de los Trastornos de la conducta alimenticia (Eating disorders inventory (EDI)) y además, un subgrupo de 180 personas completó el Cuestionario de autoconcepto físico (CAF).

En los datos obtenidos las adolescentes evidenciaron mayor motivación para adelgazar, mayor insatisfacción corporal y autoevaluación negativa. En las escalas de bulimia y perfeccionismo, así como en el miedo a madurar, los varones exhibieron mayor puntuación. La motivación para adelgazar y el miedo a madurar no difirieron con la edad, mientras que se observó un aumento significativo asociado con la primera en cuanto a bulimia, insatisfacción corporal, autoevaluación negativa, desconfianza interpersonal e identificación de interocepción (percepción interna de nuestro cuerpo).

En quienes practicaban deportes esporádicamente fueron mayores los puntajes de motivación para adelgazar, bulimia, insatisfacción corporal, autoevaluación negativa, desconfianza interpersonal e identificación de la interocepción.

Los sujetos con mayor masa corporal ofrecieron valores más altos en la motivación para adelgazar, insatisfacción corporal, autoevaluación negativa y desconfianza interpersonal. El perfeccionismo fue superior en los más delgados y disminuyó en los sujetos con mayor índice de masa corporal (IMC). Por otra parte, el autoconcepto físico, determinado mediante el CAF, guardó una clara asociación con el IMC. El autoconcepto físico disminuyó con el incremento de la masa corporal. Cuanto menor es el IMC, mejor percepción se tiene de la habilidad física, condición física, atractivo físico y autoconcepto físico general.





III-JUSTIFICACIÓN

La adolescencia es considerada como la principal población afectada por trastornos de la conducta alimenticia no solo por los cambios que deben enfrentar en esta etapa, sino también debido a que en esta edad es cuando más evalúan de manera continua su cuerpo (Lener, Orlos y Knapp, 1976); pero se tiene abandonada a otra población la cual puede padecer de esta enfermedad, los deportistas, ya que estos debido a la tensión que sufren por mantener el peso para algún tipo de competencia fácilmente pueden llegar a verse afectados por problemas de trastornos de la conducta alimenticia.

Desde un punto de vista preventivo, la detección precoz de una situación de riesgo y su tratamiento es esencial en orden a mejorar el pronóstico. De aquí la importancia de identificar la prevalencia y alta probabilidad de que una población pueda resultar con un TCA (trastorno de la conducta alimenticia).

Es necesario que el entrenador del deportista esté informado de los trastornos de la conducta alimenticia, con objeto de poder identificar con rapidez la presencia de dichas patologías y tratar de evitarlas. Por tal razón se realizó una entrevista a los entrenadores, donde ellos expresaron que las dietas son muy importantes y que orientan al atleta según sus conocimientos, dos de los entrenadores expresaron que se han dado casos de deportistas que han padecido de trastornos de la conducta alimenticia, por tal razón consideran de suma importancia a especialistas que orienten mejor al atleta, de ahí nace la pertinencia de este estudio.

Los entrenadores y todas aquellas personas que trabajan con estos atletas deberían considerar la presencia de estos problemas, saber cómo identificar los síntomas y estar preparados para consultar con los profesionales idóneos en el tema.





IV-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de trastornos de la conducta alimenticia en deportistas de Judo, Taekwondo, Karate do y Levantamiento de pesas de la UNAN-MANAGUA durante el II semestre del año 2013?



V-OBJETIVOS

General:

Analizar la prevalencia de trastornos de la conducta alimenticia en los deportistas de Judo, Taekwondo, Karate do y Levantamiento de pesas de la UNAN-MANAGUA durante el II semestre del año 2013.

Específicos:

1. Identificar a los y las atletas propensos a padecer de un trastorno de la conducta alimenticia.
2. Diferenciar la presencia de trastornos de la conducta alimenticia según edad y el sexo.
3. Estimar el tipo de trastorno de la conducta alimenticia que se da en los deportistas de Judo, Taekwondo, Karate do y Levantamiento de pesas de la UNAN-MANAGUA.
4. Describir la presencia de la preocupación por la comida, presión social percibida y trastornos psicobiológicos en los y las deportistas.





VI-PREGUNTAS DIRECTRICES

¿En cuántos atletas prevalecen los trastornos de la conducta alimenticia?

¿Existen atletas propensos a padecer de trastornos de la conducta alimenticia?

¿Hay diferencia en la presencia de los trastornos de la conducta alimenticia según la edad o el sexo?

¿Qué tipo de trastorno de la conducta alimenticia se da en los deportistas de Taekwondo, Karate do y Levantamiento de pesas de la UNAN-MANAGUA?

¿Están presentes la preocupación por la comida, presión social percibida y trastornos psicobiológicos en los y las deportistas?





VII-MARCO TEÓRICO

7.1. Trastornos de la conducta alimenticia:

Los trastornos de la conducta alimenticia son alteraciones persistentes y graves de la conducta alimenticia caracterizados por el consumo y absorción anormal de alimentos con la finalidad de controlar el peso corporal, lo cual tiene una repercusión significativa sobre la salud física y el funcionamiento psicosocial. Incluyen dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. (B. Timothy Walsh, 1995)

7.2. Tipos de trastornos de la conducta alimenticia:

Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. Una característica esencial de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales. (Halmi, 1995)

Subtipos¹

1. Tipo restrictivo.

Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.

¹ El psicólogo en casa, Susana, 2003.



Ψ

2. Tipo compulsivo/purgativo.

Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida.

Síntomas dependientes de la edad y el sexo

La anorexia nerviosa raras veces se inicia antes de la pubertad; sin embargo, algunos datos sugieren que la gravedad de los trastornos mentales asociados puede ser mayor en los casos prepuberales. En cambio, otros datos indican que cuando la enfermedad se inicia en la primera adolescencia (entre 13 y 18 años) el pronóstico es mucho más favorable. Más del 90% de los casos de anorexia nerviosa se observa en mujeres. (Halmi, 1995)

Prevalencia

La prevalencia es una medida de frecuencia de la enfermedad, es decir, mide la frecuencia (el número de casos) con que una enfermedad aparece en un grupo de población, también trata de estimar la probabilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad en algún momento a lo largo de su existencia (prevalencia de vida).

La prevalencia de un problema de salud en una comunidad determinada suele estimarse a partir de estudios transversales para determinar su importancia en un momento concreto, y no con fines predictivos.

Prevalencia de la anorexia nerviosa

Los estudios sobre prevalencia realizados entre chicas adolescentes y jóvenes ~~adultas~~ han revelado un porcentaje del 0,5-1% para los cuadros clínicos que



Ψ

cumplen todos los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa. Es más frecuente encontrar a individuos que no presentan el trastorno completo (p. ej., trastorno de la conducta alimenticia no especificado). Existen pocos datos referentes a la prevalencia de este trastorno en individuos varones. En los últimos años la incidencia de esta enfermedad parece haber aumentado. (Halmi, 1995)

Criterios para el diagnóstico de Anorexia nerviosa²

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales (después de la pubertad), presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.

Bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa se caracteriza por presentar atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales. (Halmi, 1995)

² DSM IV, Píchot, 1995





Subtipos³

1. Tipo purgativo.

Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.

2. Tipo no purgativo.

Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.

Síntomas dependientes de la edad y el sexo

Por lo menos un 90 % de las personas que padecen bulimia nerviosa (personas hospitalizadas y población general) son mujeres. Algunos datos sugieren que en los varones con bulimia nerviosa hay una prevalencia más alta de obesidad premórbida (índice de masa corporal menor de 35) que en las mujeres. (Halmi, 1995)

Prevalencia de la bulimia nerviosa

La prevalencia de la bulimia nerviosa entre las adolescentes y jóvenes adultas es aproximadamente del 1-3%. Entre los varones la prevalencia es diez veces menor. (Halmi, 1995)

Criterios para el diagnóstico de Bulimia nerviosa.⁴

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

³ Psicólogo en casa, Susana, 2003.

⁴ DSM IV, Pichot, 1995.



Ψ

(1) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

(2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

7.3. Factores Predisponentes a la Aparición de una Psicopatología alimenticia:⁵

Preocupación por la comida

⁵ Trastornos psiquiátricos asociados con el riesgo para el desarrollo de trastornos de la alimentación durante la adolescencia y la edad adulta temprana, Johnson JG, Cohen P, Kotler L, S Kasen, Brook JS, 2002.



Ψ

Sentimiento de inquietud, temor o intranquilidad que se tiene a ingerir algún tipo de alimento.

La preocupación por la comida subyace en una personalidad vulnerable, poco definida y con límites permeabilizados, que la enfermedad y su evidente manifestación de alteración del cuerpo -desfigurado-, junto con todas sus características, se confabulan para crear una identidad pseudofuncional (función falsa) que le aliviará de la pavorosa sensación de vacío que le envuelve.

En nuestra sociedad existe preocupación por la comida, las dietas, el talle. Se considera como ideal el cuerpo esbelto, y hay una creencia de que la gordura es mala. La delgadez, que se asocia, de algún modo, con belleza, elegancia, prestigio, juventud, aceptación social, etcétera, aparece como la solución salvadora, machacada como la clave del éxito desde todos los medios. Muchas personas suponen que una silueta de modelo (tal vez imposible para la estructura de algunos individuos) les garantizará la felicidad; ese deseo de adelgazar supone un anhelo por destacar y ser valorado de modo particular, por ser aceptado y no rechazado.

El 80% de los casos de trastornos de la conducta alimenticia aparece cuando se comienza una dieta de adelgazamiento sin ningún tipo de control médico.

Presión social percibida

Recibir sensaciones de que las demás personas alrededor de alguien están haciendo presión sobre él para que realice o no haga algo.

Los factores socioculturales predisponentes que podrían influenciar e incluso desencadenar el curso de la enfermedad son, en general, la presión y los estereotipos sociales, que se demuestran en:

- a. **Los trastornos culturales**, representados por la cultura de la delgadez y concesión de importancia al "Mito de la Belleza".



Ψ

b. **La manipulación sobreviene desde los diversos medios de comunicación** (prensa, revistas, TV), que realizan la difusión de la delgadez; el receptor de los mensajes es invadido y manipulado hasta el punto de llegar a ser víctima de unas pocas personas (especialistas en marketing, diseñadores, empresarios del mundo de la dietética, modistos etc.) que deciden cómo debe ser el cuerpo ideal. Existe una relación entre las imágenes de delgadez anormal que dominan los medios de comunicación y el aumento de las patologías vinculadas al ideal físico.

c. **Recibir críticas sobre el tipo o el peso**, en cualquier ambiente.

Los factores sociales que predisponen a la enfermedad, e incluso la desencadenan, son muchos y muy complejos. La presión social y mediática que existe en torno a la línea y el adelgazamiento tiene un papel decisivo en la aparición y desarrollo de la enfermedad; la moda y la publicidad incitan más frecuentemente a adelgazar que a mantener una buena salud.

El mayor factor de incidencia en hombres jóvenes es la obesidad en la niñez, debido a los traumas que puedan crear los compañeros de aula, amigos o adultos al tomar a modo de broma el sobrepeso en el niño. La burla puede no ser siempre cruel, sino una mera demostración de confianza manifestada, por ejemplo, mediante apodos. Sin embargo, la distinción puede generar culpas e inseguridades muy grandes en el niño, y predisponerlo a la aparición de enfermedades como la anorexia o la bulimia.

Trastornos psicobiológicos

Alteración que sufre una persona en su organismo causando una conducta anormal en el individuo. El modelo biológico de los trastornos psicológicos señala que el comportamiento anormal tiene un origen bioquímico o fisiológico. La biología no puede explicar por sí sola la mayoría de ellos, aunque se dispone de



Ψ

evidencia sólida respecto a que los factores genéticos y bioquímicos participan en problemas mentales tan diversos.

Enfermedad psicosomática (defendida por Deutsch, 1940; Blitzer, 1961; Sperling, en Wilson, 1983; Strauss, 1987); trastorno del comportamiento alimenticio (creado por la American Psychiatric Association); patología del peso o fobia al peso (por Crisp, 1970; Kalucy, 1977; Hall, 1986) y desregulación del balance narcisista (Jeammet, 1991). Todos los anteriores sistemas tienen en común el diagnóstico de los problemas de pérdida, incomplicidad y límites con respecto a sí mismo (la motivación que desencadena el trastorno) y a ciertas conductas (los procedimientos extremos a los que se recurre para la pérdida de peso como laxantes, diuréticos que generan una dinámica de autocentramiento, rituales y aislamiento) y síntomas (vómitos autoprovocados, la pérdida de peso, la alteración del juicio sobre la imagen corporal, la desnutrición) como responsables de la afectación corporal y del riesgo de muerte.

7.4. Etapa de la Juventud:⁶

Actividades rectoras en la juventud

- 1- **Elección de la carrera:** el adolescente al elegir la carrera se imagina en diversos roles y áreas de desempeño profesional. No hace nada por decidirse en definitiva, ni se proyecta en el futuro.

⁶ Desarrollo psicológico, Grace, 2001.



Ψ

En el caso del joven aunque este se presente como una persona despreocupada en relación a la escogencia de su carrera este es un suceso de gran preocupación para el mismo lo que le hace saltar mentalmente las antes mencionadas.

2- **Elección de la pareja:** esta actividad rectora es una de las actividades más importante de esta etapa del desarrollo pues conduce a una autorrealización personal.

Es importante destacar que su elección surge posterior a la experiencia de la amistad es decir que puede elegir a su pareja dentro de un grupo de amigos y amigas cercanas.

Característica de la amistad en esta etapa

La amistad en la etapa juvenil depende de las relaciones sociales y del desarrollo alcanzado por el individuo en las etapas anteriores.

En esta relación afectiva es altamente efectiva ya que con el amigo o la amiga se ve reflejado haciendo que entre ellos exista un sentimiento de solidaridad llegando inclusive el joven a dar cualidades subjetivas a la imagen de este a fin de no dañar o deteriorar la misma.

En esta etapa se concibe al amigo con el alter ego: sin buscar en su amigo una autoafirmación de su yo se identifica con él o ella y busca su completamiento.

Concepción científica del mundo

La etapa juvenil es una etapa decisiva para la concepción científica del mundo aunque las bases se encuentran en los primeros grados.

Características:

- Existe una mayor relación entre lo que se percibe, se siente y se piensa.



Ψ

- Existe un mejor equilibrio entre el idealismo y el realismo crítico, los sujetos son más extrovertidos y luego de descubrir un mundo de ideas y de valores y principios no juzgan las cosas particulares con principios generales.
- Adquiere una imagen más unitaria del mundo que le rodea, es decir que se preocupa por ordenar y centralizar toda su experiencia y conocimiento en una imagen unitaria.
- La concepción científica del mundo nos permite tener una visión más crítica de la realidad.

7.5. Deporte y alimentación:

Deporte

Es toda aquella actividad física que involucra una serie de reglas o normas a desempeñar dentro de un espacio o área determinada a menudo asociada a la competitividad deportiva. (Bladolomar, 1991)

Hay carreras que fomentan los trastornos de la conducta alimenticia porque conceden un alto valor a poseer un aspecto delgado y saludable, como por ejemplo el deporte, el modelaje, el físico culturismo, la danza y la equitación.

En la pequeña comunidad de atletas, por ejemplo, el ejercicio excesivo desempeña un papel principal en el desarrollo de muchos casos de anorexia y en menor grado, de bulimia. El término "tríada de atletas mujeres" es empleado actualmente para describir la presencia de disfunción menstrual y trastornos del comer, un problema cada vez más común en las atletas mujeres jóvenes y bailarinas.

La anorexia pospone la pubertad, permitiéndoles a las atletas mujeres jóvenes retener una figura muscular aniñada sin la acumulación normal de tejidos grasos en los senos y las caderas que podría mitigar su estímulo competitivo. Los entrenadores y profesores agravan el problema recomendando el conteo de



Ψ

calorías y la pérdida de grasa en el cuerpo y controlando en exceso las vidas de los atletas. Algunos son inclusive abusivos si sus atletas sobrepasan el peso límite, los castigan o humillan enfrente de los miembros del equipo.

En las personas con trastornos de la personalidad que las hacen vulnerables a esta crítica, los efectos pueden ocasionar el que pierdan peso excesivo, lo cual se sabe ha sido mortal inclusive entre atletas famosos.

Ventajas y riesgos del ejercicio físico

La actividad física practicada con regularidad y moderación es muy recomendable desde el punto de vista médico, ya que puede ayudar a mejorarse de muchas enfermedades. Varios estudios realizados entre adolescentes coinciden en que desde el punto de vista psicopedagógico la actividad física ayuda a controlar estados emocionales como depresión, estrés y ansiedad.

Hay una estrecha relación entre el ejercicio físico y la depresión porque a mayor ejercicio menor depresión. Este fenómeno se puede explicar desde dos puntos de vista:

Médico: ya que ayuda a mejorar los problemas de salud.

Psicológico: el ejercicio físico requiere concentración, lo cual impide pensamientos causantes de reacciones negativas.

El ejercicio físico, por lo tanto, otorga la ventaja de que aumenta la autoestima, ya que se consigue una imagen corporal positiva. Sin embargo, también tiene sus riesgos, como la dependencia a la actividad física. Se propusieron los siguientes signos de alarma:

1. Insistencia en practicar ejercicio físico como una obligación.
2. Experimentación de síntomas de "abstinencia" como irritabilidad, ansiedad y depresión cuando se imposibilita el ejercicio.





3. Mantenimiento del ejercicio físico a pesar de la prohibición médica.

El ejercicio físico practicado de manera obsesiva por razones de peso, tono muscular, atractivo personal, está directamente relacionado con trastornos de la conducta alimenticia y con insatisfacción de la imagen corporal. Esto supone que al suspender bruscamente la actividad física se produce la recuperación del peso.

En cambio, una práctica regular y moderada del ejercicio físico con el fin de mantenerse en forma y no de adelgazar obsesivamente es muy beneficioso tanto psíquica como físicamente.

La alimentación del deportista⁷

La alimentación del deportista debe considerar siempre las necesidades nutritivas individuales del material combustible y estructural que estos necesitan para su funcionamiento fisiológico, así también deben considerarse como parte de los elementos reguladores de su energía en función de la edad, el sexo, tipo de deporte o actividad física que estos practican y en la que se desarrollan en base a sus propias necesidades.

Es importante reconocer que la nutrición para los deportistas implica que estos deben acostumbrarse a mantener un peso equilibrado y constante así como mantener la cantidad saludable de grasa corporal.

A continuación se mencionan los nutrientes esenciales para el adecuado rendimiento de los deportistas:

- Los carbohidratos, se recomiendan de un 55 a 60% del requerimiento diario y según las necesidades que dependen del tipo de deporte se puede incrementar hasta un 70%. Las mejores fuentes de carbohidratos son: arroz, papas, yucas, camotes, panes, galletas, frijoles, lentejas y frutas, así como mieles, jaleas y dulces.

⁷ Psicología del deporte en Nicaragua, Delgado, 2012.



Ψ

- Las grasas, hay varios tipos de grasas: las saturadas que se adhieren a las paredes de nuestras arterias, estas se encuentran en el pellejo de pollo y de res, manteca vegetal y de cerdo, las comidas rápidas, la mantequilla, queso de crema, la natilla de leche y el aceite de coco; las poliinsaturadas que se encuentran en los aceites de maíz, girasol, soya, margarina, mantequilla de maní, nueces, almendras; y las monoinsaturadas, protectoras del corazón están en el aceite de canola y oliva. Se recomienda una ingesta de 20 a 25% diaria principalmente de grasas poliinsaturadas y monoinsaturadas.
- Las proteínas, los deportistas y las atletas requieren grandes cantidades de proteínas, se pueden cubrir las necesidades diarias entre 12 a 15% por día según deporte. Incluye res y pollo sin pellejo, pescado, atún, huevos, leche, yogurt, quesos bajos en grasa.
- Vitaminas y minerales, se ha observado que al suplementar a la dieta de un deportista con niveles elevados de estos nutrientes no mejora su nivel deportivo ni la composición de su cuerpo pero la variedad de estos y la buena calidad de alimentos que consumimos le aseguran una ingesta adecuada de vitaminas y minerales.
- El agua y los electrolitos, ocupa el segundo lugar, después del oxígeno en cuanto importancia para el mantenimiento de la vida. Comprende del 50% al 80% del peso total del organismo, dependiendo del contenido total de grasa. El 90% de la sangre es agua y el 97% orina. (Navarrete, 2012)

7.5. Comportamientos alimenticios patológicos en el deporte:

Prevalencia de trastornos de la conducta alimenticia en el deporte⁸

⁸ Trastorno de la alimentación en el deporte, Giesenow, 1992.



Ψ

Aunque es difícil determinar e investigar en la población atlética la prevalencia de trastornos de la alimentación (por la naturaleza secreta de los mismos), se brindan datos como los siguientes:

1. El 3% de una población de 695 atletas cumplían con los criterios diagnósticos para anorexia nerviosa y 21% para bulimia. (Giesenow, 1992)
2. Los métodos de control de peso más comunes entre estos deportistas fueron ejercicio excesivo (58.8%), consumir menos de 600 kcal/día (23.5%), ayunos de más de 24 horas (11.9%), vómitos autoinducidos (5.6%), uso de laxantes (3.7%), diuréticos (3.2%), enemas (1.4%).(Giesenow, 1992)

Consecuencias sobre la salud de los deportistas⁹

Las mujeres que entrenan con intensidad y le dan importancia a la pérdida de peso, a menudo presentan trastornos de la conducta alimenticia que, al disminuir la disponibilidad de energía, reducen el peso y la masa corporal hasta un punto en que aparecen irregularidades del ciclo menstrual (oligomenorrea con 35 a 90 días entre menstruaciones) o cesa la menstruación (desaparición al menos 3 meses consecutivos) y se presenta osteoporosis.

Este conjunto constituye lo que el American College of Sports Medicine denominó en 1992 la tríada de la atleta femenina. Algunos autores prefieren simplemente llamarla tríada femenina, porque aparece también en población general.

En lo que se refiere a los problemas óseos. Existe una fuerte asociación entre anorexia nerviosa y disfunción menstrual. De hecho, la amenorrea es uno de los criterios estrictos necesarios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa en las mujeres. Con la bulimia no se ha establecido todavía una relación similar, pero se está descubriendo un creciente número de deportistas que son simultáneamente bulímicas y amenorreicas (no les da la menstruación).

⁹ Trastornos alimenticios en el deporte: factores de riesgo, consecuencias y tratamiento, Márquez, 2008.



Ψ

Como consecuencia del hipoestrogenismo (situación clínica derivada de la disminución de la tasa circulante de estrógenos), son frecuentes en las deportistas amenorreicas la presencia de alteraciones en la capacidad de vasodilatación arterial, lo que reduce la perfusión muscular, así como las alteraciones del metabolismo oxidativo muscular, las elevaciones en los niveles plasmáticos de colesterol y triglicéridos y la sequedad vaginal.

Las fracturas de estrés ocurren con frecuencia elevada en mujeres físicamente activas con irregularidades menstruales y/o baja densidad mineral ósea y se ha demostrado que el riesgo relativo de fracturas es mayor en atletas amenorreicas que en aquellas eumenorreicas (menstruación normal).

La pérdida de masa ósea no es siempre reversible, y puede permanecer reducida durante toda la vida, dejando abierta la posibilidad de osteoporosis y fracturas.

Un hecho interesante es que en nadadoras de competición, en las cuales la delgadez no resulta esencial, en ocasiones tras el seguimiento de dietas hipocalóricas se producen irregularidades menstruales asociadas a hiperandrogenismo (cuadro clínico derivado de un aumento de la acción androgénica en la mujer).

La restricción energética mantenida en deportistas puede llevar a una pérdida importante de la masa grasa y de hormonas relacionadas con ésta, como la leptina (proteína codificada por el gen humano asociada a la obesidad) y se ha demostrado que mientras en sujetos con anorexia nerviosa los niveles de leptina se reducen, vuelven a aumentar cuando los pacientes se rehabilitan, lo que sugiere que se revierte la pérdida del balance energética, quizá como consecuencia de la readaptación de un funcionamiento neuroendocrino alterado.

Otros tipos de problemas se relacionan con la reducción de la proteína muscular y la depleción de los depósitos de glucógeno y de los niveles de líquidos corporales, lo que puede afectar muy negativamente la potencia muscular y la resistencia, y por tanto el rendimiento.



Ψ

A corto plazo es cierto que la pérdida de peso puede resultar beneficiosa para la ejecución deportiva, especialmente en deportes en los que se requiere un peso o unos niveles de grasa determinados, pero el trastorno alimenticio acaba siendo física y emocionalmente destructivo para el individuo y su entorno.

Debilitamiento del deportista, enlentecimiento del tiempo de reacción, descenso de la resistencia y pérdida de salud en general: desorganización metabólica, extenuación física por incapacidad para reemplazar las reservas de glucógeno, incapacidad para prevenir lesiones, dificultad para curar heridas, amenorrea, riesgo de perder la densidad ósea, incremento de la fragilidad ósea, arritmias, aumento del riesgo de muerte súbita.

Factores predisponentes¹⁰

En el ámbito del deporte pueden desarrollarse comportamientos anómalos de la conducta alimenticia como consecuencia de la propia práctica deportiva. La presión que sufre el deportista para mantener un peso óptimo puede ser un factor determinante en la aparición de patologías en la conducta alimenticia.

Se pueden clasificar cuatro grupos de deportes en los cuales el peso es importante:

1. **Deportes que establecen categorías por peso** (boxeo, artes marciales, halterofilia).
2. **Deportes en los que un peso bajo resulta beneficioso** para la mejora del rendimiento en la competición (remeros, canotaje, jockeys).
3. **Deportes de resistencia** (fondo, semifondo, maratón). Cabe resaltar el caso de las "corredoras estéticas" que corren no tanto para obtener un resultado deportivo como para tener un cuerpo delgado. Generalmente tienen comportamientos anoréxicos y encuentran en el atletismo una

¹⁰ Trastorno de la alimentación en el deporte, Giesenow, 1992.



Ψ

válvula para su hiperactividad, un ambiente donde la delgadez es alabada y una explicación plausible y creíble para su pérdida de peso.

4. **Deportes en los que un peso bajo resulta beneficioso** para el desarrollo de los movimientos y que requieren buena presencia (figura delgada, atractiva) ante los jueces (gimnasia, patinaje artístico, nado sincronizado, saltos ornamentales, judo). Igualmente, ningún deporte se debe considerar exceptuando de contar con individuos susceptibles a desarrollar trastornos de la alimentación.

Entonces, si bien el ambiente deportivo no necesariamente fomenta un enfoque patológico en relación al tema del peso, muchos aspectos de diversos deportes promueven un excesivo interés alrededor del peso. Esto puede ser peligroso para una persona con predisposición a problemas de la alimentación.

Los factores más comunes del ámbito deportivo que promueven una gran atención al peso son:

- 1) **Restricciones de peso en determinados deportes:** Los deportistas suelen recurrir a técnicas de deshidratación (sauna, ropa abrigada), uso de laxantes, uso de diuréticos, uso de pastillas, uso de píldoras dietéticas, ayunos, dietas "relámpago", purgas (vómitos autoinducidos), restricción de líquidos, para perder rápidamente peso.
- 2) **Criterios de jueces que enfatizan la delgadez y un modelo estereotipado de atractivo corporal:** Muchas veces los jueces abiertamente expresan que tal deportista alcanzaría un mejor rendimiento si perdiera cierta cantidad de peso, ya que se vería mejor, reforzando este mito. Esto produce un efecto paradójico, ya que, como se sabe, frecuentemente las pérdidas de peso tienen un efecto desfavorable sobre el rendimiento, particularmente cuando las pérdidas de peso se realizan a expensas del desarrollo muscular.



Ψ

3) Presión por parte del entrenador para perder peso: Un simple comentario sobre el tamaño corporal de un deportista o el sugerir una pérdida de peso sin ofrecer consejos adicionales puede empujar a un deportista no informado y muy motivado a una conducta no saludable. Del mismo modo, la práctica de pesajes periódicos en grupo puede traer desórdenes de la alimentación para evitar sentir humillación frente a los compañeros.

4) Presión por parte de los pares (compañeros) para probar técnicas patogénicas de pérdida de peso.

Otro factor a tener en cuenta es que algunos rasgos de personalidad que son deseables para el deporte: empuje, perfeccionismo, determinación, competitividad, son los mismos que se observan en algunos cuadros de trastornos de la conducta alimenticia.

Tratamiento y prevención.¹¹

Es necesario que el entorno del deportista (entrenador, preparador físico) esté informado de los factores de riesgo y de la etiología de los problemas del comportamiento alimenticio, con objeto de poder identificar con rapidez la presencia de dichas patologías. Es igualmente importante que los deportistas, a partir de un cierto nivel de competición, tengan un seguimiento regular que incluya una evaluación psicológica y nutricional.

Una vez que se ha identificado el trastorno de la conducta alimenticia, deben iniciarse la terapia y el tratamiento específico, que, al igual que en contextos no deportivos, requerirán un abordaje multidisciplinar con participación de médicos, psicólogos/psiquiatras, nutricionistas, entrenador y familia del deportista.

¹¹ Trastornos alimenticios en el deporte: factores de riesgo, consecuencias y tratamiento, Márquez, 2008.



Ψ

El éxito del tratamiento se basará en la relación de confianza entre el deportista y los profesionales que lo traten, recomendándose que la participación de la familia sea tanto mayor cuanto menor la edad de los sujetos. Además del asesoramiento nutricional y la psicoterapia individual, puede resultar necesaria una terapia conductual, de grupo y familiar.

Antes de que se inicie la intervención, se debè evaluar la ejecución del atleta en su deporte. Es necesario saber si se le permite practicar con su equipo y, caso de no ser así, si constituye una meta evidente. Si está participando activamente en su equipo, es necesario conocer su posición en el mismo y cuál es su rendimiento.

La autoestima de las personas que sufren los desórdenes de la conducta alimenticia tiende a ser baja y a menudo se encuentra asociada con un rendimiento pobre o con expectativas no realistas. Saber cómo el atleta está ejecutando y conocer sus sentimientos hacia su propio rendimiento, así como el papel que juega el deporte en su vida dará cierta facilidad para abordar el problema.

Para poder continuar con el entrenamiento y la competición, los deportistas con trastornos de la conducta alimenticia deben estar de acuerdo en cumplir con el tratamiento que se les proponga y dejarse aconsejar con los profesionales responsables del mismo. Además, han de aceptar el dar prioridad al tratamiento sobre el entrenamiento y la competición y modificar las características del entrenamiento según se requiera. En cualquier caso, salvo que existan serias complicaciones médicas, debería permitirse el entrenamiento, aunque con volúmenes más bajos y menor intensidad.

Los deportistas deben recibir formación en una fase precoz dentro de su carrera o temporada. El principal objetivo en la educación del deportista es aclarar mitos y errores debidos a una desinformación en relación con la pérdida de peso y el peso ideal, la composición corporal y su relación con el rendimiento deportivo. Una posible forma de evitar un efecto no deseado es focalizar menos la atención en



Ψ

explicar estos desórdenes y más en ofrecer información contrastada y específica, estableciendo un sistema de presión positiva que favorezca una buena nutrición.

Puede resultar aconsejable que un especialista en nutrición supervise las dietas y dé consejos profesionales sobre prácticas sensatas y seguras en materia de nutrición. En programas de intervención en los que se ha combinado educación en nutrición y prevención de los trastornos de la conducta alimenticia, se ha puesto de manifiesto que tras la intervención mejoran los conocimientos nutricionales y disminuyen las conductas alimenticias anómalas. (Márquez, 2008).



VIII-OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	SUBVARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INSTRUMENTO	INDICADORES	ESCALA
Trastornos de la conducta alimenticia.		Alteraciones persistentes y graves de la conducta alimenticia caracterizadas por el consumo y absorción anormal de alimentos con la finalidad de controlar el peso corporal.	Eating Attitudes Test (Eat-40).	Anorexia, bulimia, propenso.	Categórica ordinal
Preocupación por la comida.		Sentimiento de inquietud, temor o intranquilidad que el individuo tiene a ingerir algún tipo de alimento.	Eating Attitudes Test (Eat-40).	Posee No posee.	Categórica ordinal
Presión social percibida.		Recibir sensaciones de que las demás personas alrededor del individuo están haciendo presión sobre el para que realice algo o no haga algo.	Eating Attitudes Test (Eat-40).	Posee No posee.	Categórica ordinal
Trastorno psicobiológico.		Alteración que sufre una persona en su organismo causando una conducta anormal.	Eating Attitudes Test (Eat-40).	Posee No posee.	Categórica ordinal
Deporte		Es toda aquella actividad física que involucra una serie de reglas o normas a desempeñar dentro de un espacio o área determinada.	Datos generales	Judo, taekwondo, karate do, levantamiento de pesas.	Categórica nominal
sociodemográficas	Sexo	Clasificación de género entre el hombre y la mujer.	Datos generales	Masculino Femenino	Categórica nominal
sociodemográficas	Edad	Tiempo en que ha vivido una persona.	Datos generales	De 18 a 23	Númerica discreta.

✕



IX-DISEÑO METODOLOGICO

Enfoque utilizado

Enfoque cuantitativo y cualitativo, puesto que describe fenómenos relativos a los trastornos de conducta alimenticia en él se utilizó el método estadístico y se generalizaron resultados; además se utilizaron entrevistas abiertas y observación donde se condujo el fenómeno en su ambiente natural, los significados se extrajeron de los datos con una profundidad de ideas.

Tipo de investigación:

Según el alcance de la investigación, problema y los objetivos antes planteados el estudio de este trabajo es descriptivo y por el tiempo dedicado al estudio es de corte transversal.

Se considera descriptivo porque pretende describir la prevalencia de trastornos de la conducta alimenticia en deportistas, e identificar el tipo de trastorno en cada deporte así como quiénes pueden ser propensos a padecer estos trastornos.

Según su amplitud es de corte trasversal porque se realizó en un momento determinado, en el segundo semestre del año 2013.

Área y Periodo del estudio:

El estudio se realizó con deportistas de las disciplinas de taekwondo, judo, karate do y levantamiento de pesas del gimnasio de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Recinto universitario Rubén Darío durante el segundo semestre del año 2013.

Universo del estudio:

El universo lo componen todos los deportistas de la UNAN-Managua.



Ψ

Población del estudio:

La población del estudio está constituida por el total de 90 deportistas jóvenes los cuales son 15 de levantamiento de pesas, 33 de judo, 17 de karate do y 25 de taekwondo que asisten al gimnasio.

Muestra:

42 atletas que practican taekwondo, judo, karate do y levantamiento de pesas.

Muestreo:

Probabilístico, calculado con el paquete estadístico Epidat con un muestreo estratificado.

Población: 90

Proporción esperada: 80%

Precisión absoluta: 9%

Tamaño de muestra: 42

$Fm=n/m = 42/90 = 0.46$

Levantamiento de pesas: $15*0.46= 7$

Judo: $33*0.46= 15$

Karate do: $17*0.46 = 8$

Taekwondo: $25*0.46= 12$

Entre los criterios de inclusión se encuentran:

- Que sean deportistas de la UNAN-MANAGUA.
- Que practiquen judo, taekwondo, karate do o levantamiento de pesas.
- De ambos sexos.



Ψ

- Que estén dispuestos a participar.
- En edades entre 18-23 años.

Entre los criterios de exclusión se encuentran:

- Que no sean deportistas de la UNAN-MANAGUA.
- Que no practiquen judo, taekwondo, karate do, ni levantamiento de pesas.
- Que no estén dispuestos a participar.
- Que sean menores de 18 años y mayores 23 años de edad.

Fuentes de información:

La información se obtuvo de fuentes primarias (los individuos en estudio) para ello se requirió de la prueba psicológica: Test de Actitudes hacia la Alimentación (EATING ATTITUDES TEST (EAT-40)), de una entrevista abierta y una guía de observación.

Procedimiento para la recolección y análisis de datos:

La información se recolectó de la siguiente manera:

Se realizó una entrevista abierta, semiestructurada a los entrenadores para conocer las necesidades psicológicas de los deportistas, luego se efectuó una entrevista abierta a 3 atletas de cada deporte para conocer a fondo lo planteado por los entrenadores y consolidar los objetivos.

Se aplicó la prueba psicológica antes mencionada, para ello se les informó con anticipación a los entrenadores, se buscó el momento preciso, con un ambiente calmo, sin distracciones y se procedió a explicarles todo el procedimiento de aplicación y la compartimentación de los resultados.

Por último se aplicó una guía de observación durante una semana para constatar los resultados de la prueba psicológica y consolidar los objetivos, fue una



Ψ

observación participante ya que la responsable de recoger los datos se involucró directamente en actividades deportivas.

Análisis:

Se extrajo parte de los resultados de las entrevistas abiertas para conocer lo planteado por los deportistas acerca de las dietas, ejercicio y todo lo relacionado a su percepción sobre su figura y alimentación.

Se analizaron los datos obtenidos a través de tablas de frecuencia y de contingencia de forma estadística donde se presenta la frecuencia con que ocurre el fenómeno de estudio en relación a las variables y además se elaboraron graficas de cada tabla.

Luego se observó durante una semana a los atletas. Esta fue una observación sistemática, regulada y controlada ya que se dispuso de un instrumento estructurado para medir indicadores en relación a los criterios diagnósticos de los trastornos de conductas de la conducta alimenticia, el cual se analizó con una regla de tres en el programa Excel; además se extrajeron ciertos comentarios y resultados de los atletas que se dieron durante el periodo de observación.



Ψ

X-ANÁLISIS DE RESULTADOS

Análisis cuantitativos:

Tabla # 1:

Prevalencia de trastorno de la conducta alimenticia		
	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	17	40.5
Propenso	20	47.6
Anorexia nerviosa	4	9.5
Bulimia nerviosa	1	2.4
Total	42	100.0

Fuente: Test aplicado.

La tabla #1 refleja que de la muestra analizada el 40.5%(17) de los deportistas no presenta trastornos de la conducta alimenticia, el 47.6%(20) está propenso a padecer trastornos de conducta alimenticia, el 9.5%(4) presenta anorexia nerviosa y solo el 2.4%(1) presenta bulimia nerviosa.



Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimenticia en deportistas de Judo, Taekwondo, Karate do y Levantamiento de pesas de la UNAN-MANAGUA durante el II semestre del año 2013

Ψ

Tabla # 2

Deporte y prevalencia de trastorno de la conducta alimenticia

Deporte	Prevalencia de trastorno de conducta alimenticia				Total
	Ninguno	Propenso	Anorexia nerviosa	Bulimia nerviosa	
Judo	5	9	1	0	15
Deporte	33.3%	60.0%	6.7%	.0%	100.0%
Prevalencia de trastorno de la conducta alimenticia	29.4%	45.0%	25.0%	.0%	35.7%
Total	11.9%	21.4%	2.4%	.0%	35.7%
Taekwondo	4	7	1	0	12
Deporte	33.3%	58.3%	8.3%	.0%	100.0%
Prevalencia de trastorno de la conducta alimenticia	23.5%	35.0%	25.0%	.0%	28.6%
Total	9.5%	16.7%	2.4%	.0%	28.6%
Karate do	4	2	1	1	8
Deporte	50.0%	25.0%	12.5%	12.5%	100.0%
Prevalencia de trastorno de la conducta alimenticia	23.5%	10.0%	25.0%	100.0%	19.0%
Total	9.5%	4.8%	2.4%	2.4%	19.0%
Levantamiento de pesas	4	2	1	0	7
Deporte	57.1%	28.6%	14.3%	.0%	100.0%
Prevalencia de trastorno alimenticia	23.5%	10.0%	25.0%	.0%	16.7%
Total	9.5%	4.8%	2.4%	.0%	16.7%
Total	17	20	4	1	42
Deporte	40.5%	47.6%	9.5%	2.4%	100.0%
Prevalencia de trastorno alimenticia	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Total	40.5%	47.6%	9.5%	2.4%	100.0%

Fuente: Test aplicado.



Ψ

La tabla #2 indica que el tipo de trastorno de la conducta alimenticia que más se manifiesta es el de anorexia nerviosa puesto que en todos los deportes de estudio está presente con un 2.4%(1) para cada deporte y bulimia nerviosa solo se dio en Karate do con un 2.4%(1). También refleja que el deporte más propenso a padecer de trastornos de la conducta alimenticia es Judo con el 21.4%(9) siguiéndole Taekwondo con 16.7%(7) Karate do y Levantamiento de pesas con 4.8%(2) a ser propensos.



Tabla # 3

Prevalencia de trastorno de la conducta alimenticia en relación al sexo

		Prevalencia de trastorno de la conducta alimenticia				Total
		Ninguno	Propenso	Anorexia Nerviosa	Bulimia nerviosa	
Sexo	Masculino	11	7	1	0	19
	Sexo	57.9%	36.8%	5.3%	.0%	100.0 %
	Prevalencia de trastorno de la conducta alimenticia	64.7%	35.0%	25.0%	.0%	45.2%
	Total	26.2%	16.7%	2.4%	.0%	45.2%
	Femenino	6	13	3	1	23
Sexo	Sexo	26.1%	56.5%	13.0%	4.3%	100.0 %
	Prevalencia de trastorno de la conducta alimenticia	35.3%	65.0%	75.0%	100.0%	54.8%
	Total	14.3%	31.0%	7.1%	2.4%	54.8%
	Total	17	20	4	1	42
Total	Sexo	40.5%	47.6%	9.5%	2.4%	100.0 %
	Prevalencia de trastorno alimenticia	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0 %
	Total	40.5%	47.6%	9.5%	2.4%	100.0 %

Fuente: Test aplicado.

Con respecto al sexo en la tabla #3 las mujeres demostraron ser más propensas a padecer de un trastorno de la conducta alimenticia con un 31.0%(13) mientras los hombres obtuvieron un 16.7%(7).El 7.1%(3) de las mujeres y el 2.4%(1) de los hombres reflejó poseer anorexia nerviosa. El 2.4%(1) de las mujeres mostró tener bulimia nerviosa y los hombres no la presentan.



Ψ

Tabla # 4

Prevalencia de trastorno de la conducta alimenticia en relación a la edad

		Edad						Total
		18	19	20	21	22	23	
Ninguno		5	4	3	2	2	1	16
	Prevalencia de trastorno de la conducta alimenticia	29.4%	25.0%	18.8%	12.5%	12.5%	6.3%	100.0%
	Total	11.9%	9.8%	7.3%	4.9%	4.9%	2.4%	39.0%
Propenso		4	3	3	3	1	6	20
	Prevalencia de trastorno de la conducta alimenticia	20.0%	15.0%	15.0%	15.0%	5.0%	30.0%	100.0%
	Total	9.5%	7.3%	7.3%	7.3%	2.4%	14.6%	48.8%
Anorexia nerviosa		1	1	0	1	0	1	4
	Prevalencia de trastorno de la conducta alimenticia	25.0%	25.0%	.0%	25.0%	.0%	25.0%	100.0%
	Total	2.4%	2.4%	.0%	2.4%	.0%	2.4%	9.8%
Bulimia nerviosa		1	0	0	0	0	0	1
	Prevalencia de trastorno de la conducta alimenticia	100.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
	Total	2.4%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	2.4%
Total		11	8	6	6	3	8	42
	Prevalencia de trastorno de la conducta alimenticia	26.2%	19.5%	14.6%	14.6%	7.3%	19.5%	100.0%
	Total	26.2 %	19.5%	14.6%	14.6%	7.3%	19.5%	100.0%

Fuente: Test aplicado.



Ψ

Tabla # 4

Prevalencia de trastorno de la conducta alimenticia en relación a la edad

		Edad						Total
		18	19	20	21	22	23	
Ninguno		5	4	3	2	2	1	16
	Prevalencia de trastorno de la conducta alimenticia	29.4%	25.0%	18.8%	12.5%	12.5%	6.3%	100.0%
	Total	11.9%	9.8%	7.3%	4.9%	4.9%	2.4%	39.0%
Propenso		4	3	3	3	1	6	20
	Prevalencia de trastorno de la conducta alimenticia	20.0%	15.0%	15.0%	15.0%	5.0%	30.0%	100.0%
	Total	9.5%	7.3%	7.3%	7.3%	2.4%	14.6%	48.8%
Anorexia nerviosa		1	1	0	1	0	1	4
	Prevalencia de trastorno de la conducta alimenticia	25.0%	25.0%	.0%	25.0%	.0%	25.0%	100.0%
	Total	2.4%	2.4%	.0%	2.4%	.0%	2.4%	9.8%
Bulimia nerviosa		1	0	0	0	0	0	1
	Prevalencia de trastorno de la conducta alimenticia	100.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
	Total	2.4%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	2.4%
Total		11	8	6	6	3	8	42
	Prevalencia de trastorno de la conducta alimenticia	26.2%	19.5%	14.6%	14.6%	7.3%	19.5%	100.0%
	Total	26.2 %	19.5%	14.6%	14.6%	7.3%	19.5%	100.0%

Fuente: Test aplicado.



Ψ

En relación a la edad en la tabla #4 se observa que los de 23 años son más propensos a padecer de trastornos de la conducta alimenticia con 14.6%(6) luego les siguen las edades de 18 años con un 9.5%(4), después las edades de 19,20, 21 años con un 7.3%(3) y los de 22 años solo demostraron estar propensos el 2.4%(1). Los atletas en edades de 18, 19, 21 y 23 presentaron anorexia nerviosa con un 2.4%(1) y en edades de 20 y 22 no presentaron tal trastorno. Los de 18 años presentaron bulimia nerviosa con un 2.4%(1) y las demás edades no presentaron este trastorno.

Tabla # 5

Preocupación por la comida		
	Frecuencia	Porcentaje
Preocupación por la comida	24	57.14
No posee	18	42.86
Total	42	100.0

Fuente: Test aplicado.

La tabla #5 representa que el 57.14%(24) de los deportistas mostró preocupación por la comida y el 42.86%(18) no la mostró.

Tabla # 6

Presión social percibida		
	Frecuencia	Porcentaje
No posee	26	61.9
Presión social percibida	16	38.1
Total	42	100.0

Fuente: Test aplicado.

En la tabla #6 se muestra que de los sujetos de investigación el 38.1%(16) poseen presión social percibida y el 61.9%(26) no la posee.



Ψ

Tabla # 7

Síntomas y conductas relacionados a los trastornos psicobiológicos

	Frecuencia	Porcentaje
Trastorno psicobiológico	6	14.29
No posee	36	85.71
Total	42	100.0

Fuente: Test aplicado.

La tabla #7 denota que el 14.29%(6) de los sujetos de estudio presenta síntomas y conductas en relación a los trastornos psicobiológicos y el 85.71%(36) no los presenta.

Tabla # 8:

Síntomas en relación a los trastornos psicobiológicos

	Frecuencia	Porcentaje
Vomita	5	11.9
No vomita	37	88.1
Total	42	100.0

Fuente: Test aplicado.

La tabla # 8 indica que los síntomas relacionados a los trastornos psicobiológicos que más se manifiestan son los vómitos en 5 sujetos (11.9 %).

Tabla # 9

Conductas en relación a los trastornos psicobiológicos

	Frecuencia	Porcentaje
Laxante No usa	37	88.1
Usa	5	11.9
Total	42	100.0

Fuente: Test aplicado.

La tabla # 9 indica que la conducta relacionada a los trastornos psicobiológicos que más se manifiesta es el uso de laxantes en 5 sujetos (11.9 %)



Tabla # 10 Indicadores de trastornos de la conducta alimenticia:

INDICADORES	Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Lunes	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
MIEDO INTENSO A ENGORDAR										
Preocupación excesiva por bajar de peso.	10	23.8	8	19.0	11	26.2	12	28.6	9	21.4
Preocupación excesiva por no subir de peso.	5	11.9	5	11.9	5	11.9	5	11.9	5	11.9
Grandes cambios en el peso tanto hacia arriba como hacia abajo.	7	16.7	6	14.3	6	14.3	8	19.0	5	11.9
Ejercicio físico excesivo.	5	11.9	4	9.5	4	9.5	5	11.9	5	11.9
Chequeo constante del peso en la báscula.	7	16.7	4	9.5	3	7.1	6	14.3	2	4.8
Se ve constantemente en el espejo.	3	7.1	2	4.8	1	2.4	4	9.5	1	2.4
Se ven a sí mismo como gordos.	10	23.8	15	35.7	4	9.5	8	19.0	10	23.8
MANIFESTACIONES PSICOLÓGICAS										
No entabla conversación.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Aspecto triste y demacrado.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Ríe fácilmente.	15	35.7	16	38.1	14	33.3	12	28.6	8	19.0

Gladys Odalys Salgado Joya

Se ha vuelto irritable.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Dificultad para concentrarse.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Desvalorización de sí mismo.	2	4.8	1	2.4	1	2.4	2	4.8	1	2.4
Rechazo de la propia imagen corporal.	5	11.9	6	14.3	7	16.7	1	2.4	3	7.1
PERCEPCIÓN HACIA LA ALIMENTACIÓN										
Hace comentarios negativos constante acerca de la comida.	18	42.8	15	35.7	13	30.9	14	33.3	16	38.1
Ayuna diario.	23	54.8	15	35.7	20	47.6	22	52.4	18	42.9
Realización de una dieta hipocalórica en ausencia de obesidad o sobrepeso.	5	11.9	6	14.3	8	19.0	4	9.5	5	11.9
MANIFESTACIONES CLÍNICOMEDICAS										
Resaltes óseos marcados.	2	4.8	2	4.8	2	4.8	2	4.8	2	4.8
Atrofia muscular.	2	4.8	2	4.8	2	4.8	2	4.8	2	4.8
Piel agrietada, seca, pigmentada.	2	4.8	2	4.8	2	4.8	2	4.8	2	4.8
Extremidades frías y cianóticas (azulado).	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Palmas y plantas amarillentas.	4	9.5	3	7.1	4	9.5	4	9.5	3	7.1
Caída de pelo.	4	9.5	4	9.5	5	11.9	3	7.1	6	14.3
Alteraciones dentarias (amarillos).	1	2.4	1	2.4	2	4.8	2	4.8	1	2.4

✱

Análisis cualitativo:

Según lo observado en 10 atletas hay preocupación excesiva por bajar y en 5 por no subir de peso pues les preguntaban a sus compañeros qué hacían para estar delgados, que ellos sentían estar en sobrepeso, decían frases tales como: "me preocupa mi peso", "no puedo bajar", "estoy gordo(a)" y un promedio de 5 realizaban ejercicio excesivo pues llegaban por la mañana a correr y al gimnasio, por las tardes entrenaban el deporte esto solo se observó en deportistas de judo y taekwondo. Por otro lado 6 atletas mostraban cambios en el peso decían que en ocasiones bajaban rápido de peso y que en otras subían repentinamente.

Un promedio de 2 atletas hacían comentarios negativos de sus cuerpos que "estaban feos, deformes, que no tenían la mínima gracia, se miraban gordos" y se desvalorizaban rechazando su propia imagen corporal. Un promedio de 4 antes, después y en el transcurso del entrenamiento chequeaban su peso en la báscula y constantemente asistían al gimnasio a verse en el espejo.

Por otro lado 15 hacían comentarios negativos acerca de la comida expresando "que engorda, que no pueden comer mucho", 20 decían "que ayunaban, que hacían dietas bajas en grasas, carbohidratos y proteínas".

Entre las manifestaciones clinicomédicas más frecuentes fueron palmas de las manos y plantas de los pies amarillentas ya que 4 lo mostraron, a 5 se les caía el cabello, 2 presentaron resaltes óseos marcados, atrofia muscular, piel agrietada, seca, pigmentada y alteraciones dentarias.

Por todo lo mencionado anteriormente se puede denotar que existen síntomas y conductas de los trastornos alimenticios, así también se observó que en las mujeres están más presentes estos síntomas y conductas, y sobre todo en los deportistas de judo, siguiéndoles los de taekwondo, luego levantamiento de pesas y en menor grado en los deportistas de karate do.



En las entrevistas algunas de las atletas expresaron como necesidad el hecho de bajar de peso, así como la preocupación que tienen de dar el peso en una competencia.

Otra atleta expresó “he bajado no porque mi categoría lo exija sino porque lo deseo y hago dieta”. Otra mencionó “me siento bien al bajar de peso ya que gracias a esto puedo llegar a competir y hacer lo que me gusta”.

Algunas mencionaron que las excesivas dietas no son óptimas para el organismo y vendría siendo perjudicial para el cuerpo, pero si están de acuerdo con largas sesiones de ejercicio ya que ayudan a mantenerse en forma y es una manera más fácil y óptima para bajar de peso y tener una buena condición física y que eliminan carbohidratos para que el metabolismo transcurra más rápido.

En las entrevistas los atletas mencionaron: “cuando tengo que perder peso me siento débil, con sueño, agotado, con mucha hambre, presionado y es horrible”.

A los entrevistados no les parece correcto la meta de bajar de peso rápidamente ya que expresaron: “es algo muy vanidoso”, “nada en exceso es bueno” y “estos mecanismos pueden conducir a sentirse peor pues son agotadores”.

Con estos comentarios se verifica que el sexo femenino le da más importancia al peso y a las dietas.



XI-INTERPRETACION DE RESULTADOS

Los resultados indican que el 11.6% de los y las deportistas posee síntomas y conductas en relación a los trastornos alimenticios, así como una mayor cantidad son propensos a padecer de dichas patologías.

Según los resultados la anorexia nerviosa es el trastorno de la conducta alimenticia que más prevalece en cada deporte, estos mismos resultados no coinciden con la teoría ya que según Giesenow "el 3% de una población de 695 atletas cumplían con los criterios diagnósticos para anorexia nerviosa y 21% para bulimia".

Las mujeres demostraron ser más afectadas en los trastornos de la conducta alimenticia que los varones tanto en el test como en las observaciones realizadas y en las entrevistas pues estas demostraron darle más importancia a la dieta y al ejercicio, estas presentaron más la anorexia nerviosa que los hombres lo cual se relaciona con lo expresado por Halmi sobre prevalencia, "que más del 90% de los casos de anorexia nerviosa se observa en mujeres".

En relación a la bulimia nerviosa esta solo prevalece en mujeres y no se dio en hombres lo cual se relaciona con lo planteado por Halmi quien dice "que la bulimia nerviosa entre las adolescentes y jóvenes adultas es aproximadamente del 1-3 % y que entre los varones la prevalencia es diez veces menor".

Se encontró que los atletas entre las edades de 18, 19, 21 y 23 años, presentaron anorexia nerviosa y solo en edades de 18 años mostraron bulimia nerviosa. Los de 23 años son más propensos a padecer de trastornos de la conducta alimenticia, luego le siguen los de edades de 18 años, después las edades de 19, 20, 21 años y por último los de 22 años.

El deporte en donde los atletas están más propensos a un trastorno de conducta alimenticia es el judo, también confirmado en la observación puesto que en ellos



se notó más los indicadores (preocupación por la comida, ejercicio excesivo etc...), esto coincide con lo planteado por Giesenow, ya que "es un deporte en donde se establecen categorías por peso, de igual manera el peso bajo resulta beneficioso para el desarrollo de los movimientos". En este estudio se encontró que la anorexia nerviosa prevaleció en todos los deportes y la bulimia nerviosa solo se dio en karate do.

En relación a la presencia de preocupación por la comida, presión social percibida y trastornos psicobiológicos todos están presentes (24 poseen preocupación por la comida, 16 presión social percibida y 6 trastornos psicobiológicos). Siendo preocupación por la comida la que más predominó puesto que más de la mitad lo posee, se dice que "el 80% de los casos de trastornos de la conducta alimenticia aparece cuando se empieza una dieta de adelgazamiento"; luego le sigue presión social percibida como por ejemplo "recibir algún tipo de crítica en relación al peso" y por último los síntomas y conductas relacionadas a los trastornos psicobiológicos que prevalecen en menor grado son el vómito y consumo de laxantes.



XII-CONCLUSIONES

- Existen síntomas y conductas en relación a los trastornos de la conducta alimenticia en los deportistas de judo, taekwondo, karate do y levantamiento de pesas de la UNAN-Managua, siendo el más prevalente la anorexia nerviosa puesto que se presentó en todos los deportes y bulimia nerviosa solo se dio en karate do.
- El 47.6 % de los deportistas está propenso a padecer de trastornos de la conducta alimenticia, los de judo son los que más se encuentran propensos.
- En las mujeres prevalecen más los síntomas y conductas de trastornos de la conducta alimenticia que en los hombres.
- En las edades de 18, 19, 21 y 23 años existen síntomas y conductas de anorexia nerviosa y solo en edades de 18 años se presentó síntomas y conductas de bulimia nerviosa.
- Existe la preocupación por la comida, presión social percibida y conductas y síntomas de trastornos psicobiológicos en los deportistas.



XIII-RECOMENDACIONES

Al departamento de deportes de la UNAN-MANAGUA:

1. Incluir al cuerpo técnico: psicólogos y nutricionistas para que orienten de forma adecuada la conducta alimenticia y la salud mental del deportista.
2. Capacitar a los entrenadores en temas en relación al peso, ansiedad, imagen corporal, autoestima, trastornos de la conducta alimenticia con el propósito de que aprendan cómo identificar estos temas y cómo orientar de forma adecuada a sus atletas.
3. De no tener psicólogos, ni nutricionistas brindar charlas a los deportistas acerca de que existen distintos tipos de cuerpos y pesos, el papel de la grasa en sus cuerpos, hacer hincapié en la comunicación, la autoestima, respeto y la confianza en sí mismos.
4. Desarrollar un programa que permita a los entrenadores ayudar a los deportistas cuando presenten inquietudes o problemas con respecto a la alimentación para el buen funcionamiento de su cuerpo.

A los entrenadores de los deportes de estudio:

1. Ayudar con su comprensión y confianza a que los atletas conozcan su propia realidad biológica y psíquica, sus capacidades y sus limitaciones, infundiéndoles seguridad en sus propios valores de forma que puedan sentirse a gusto consigo mismos y se acepten como realmente son.



Al departamento de psicología de la UNAN-MANAGUA:

1. Incluir más documentos en el Centro de Documentación (CEDOC) relacionados a las necesidades psicológicas en todo el ámbito deportivo.
2. Promover prácticas de profesionalización con deportistas ya sean de la UNAN y deportistas de otras organizaciones.
3. Fomentar investigaciones en relación al ámbito deportivo.
4. Promover la realización de estudios sobre los trastornos de la conducta alimenticia.
5. Coordinar con el departamento de nutrición y de deportes actividades en las que tanto deportistas como entrenadores participen para que se les brinde charlas, talleres o capacitaciones promoviendo una alimentación sana y la salud mental.



XIV-BIBLIOGRAFÍA

Delgado, R. (2012). Psicología del deporte en Nicaragua. Managua: RENACIMIENTO

Giesenow, C. (1992). Trastornos de la alimentación en el deporte. Argentina: ADPDDA.

Grace, J.(2001). Desarrollo psicológico. México: Pearson

Hudson JI, Hiripi E, el Papa HG Jr, Kessler RC. (2007) La prevalencia y los correlatos de los trastornos de la Encuesta Nacional de Comorbilidad de replicación de comer. Biol. Psychiatry.

Johnson JG, Cohen P, Kotler L, S Kasen, Brook JS. (2002). Trastornos psiquiátricos asociados con el riesgo para el desarrollo de trastornos de la alimentación durante la adolescencia y la edad adulta temprana. J Consult Clin Psychol.

Márquez, S. (2008). Trastornos de la conducta alimenticia en el deporte: factores de riesgo, consecuencias y tratamiento. León.

Pichot, P. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: MASSON.SA.

Sampieri, C. R. (1991). Metodología de la investigación . Mexico: McGRAW-HILL.

Sanz, M. (2012). Aspectos psicológicos y sociológicos en la alimentación de los deportistas.Murcia: Copyright.

Surós, A. (2001) Semiología médica y técnica exploratoria. Barcelona: MASSON.SA.

Susana, P. (2003) El psicólogo en casa. Madrid: LIBSA

Ronald P. (2007) Las lesiones deportivas. Mexico: Paidotribo



Recopilaciones bibliográficas:

Folleto de epidemiología. 2003. UNAN.MANAGUA.

Higienes y epidemiología. 2013. UNAN.MANAGUA.

Webgrafía:

www.desordenesde la conducta alimenticia-online.com/tca-en-los atletas

www.monografias.com/trabajos33/sicopatologias-de la conducta alimenticia/psicopatologías- alimenticia

www.esmas.com/salud/enfermedades/mentales/718617.htm

www.nutri-salud.com.ar/articulos/trast_de la conducta alimenticia_dep.htm
memede.es/documentos/Transtornos_117_112.pdf



ANEXOS
ENTREVISTA PARA ENTRENADORES

Nombre: ----- Edad: -----

Deporte que imparte ----- Sexo: -----

Aspectos generales de la experiencia docente

1. ¿Hace cuánto tiempo que usted imparte clases de esta disciplina?
2. ¿En cuántas competencias ha participado aproximadamente?

Experiencias más significativas como deportista

1. ¿Las condiciones que ofrecía el deporte cuando usted competía eran mejor en comparación de la actualidad?
2. ¿Qué tan provechosos eran los entrenamientos por los deportistas en comparación de ahora?

Percepción de entrenador acerca del peso

1. ¿Cuando usted fue deportista, durante su preparación, tenía que hacer dietas para mantener el peso de su categoría? Recuerda un poco de las consecuencias de su dieta.



2. ¿Qué tan importante consideraba usted el mantenimiento del peso para lograr competir con éxito y obtener mejores resultados?
3. ¿Qué tan importante considera usted el hecho de que sus alumnos tienen que bajar de peso y de qué forma se los hace saber?

Conocimientos específicos de sus atletas

1. ¿Cuáles son las necesidades de sus deportistas?
2. ¿Alguna vez ha escuchado hablar de los trastornos de la conducta alimenticia en los deportistas de nuestra universidad?



Entrevista a deportistas

Nombre: ----- Edad: -----

Deporte que practica: ----- Sexo: -----

Aspectos generales del deportista

1. ¿Cuánto tiempo llevas de practicar este deporte?
2. ¿Cuáles son las necesidades que presentas como atleta?
3. ¿Cuáles son las sensaciones que experimentas cuando se acerca algún torneo? ¿Podrías describirlas brevemente?
4. ¿Podrías describir un momento en el cual te sentiste bien en tu carrera como deportista?

Percepción del deportista acerca de su peso y dieta

1. ¿Alguna vez has tenido dificultades para mantener tu peso en relación a la categoría en la que compites?
2. ¿En algún momento de tu carrera como deportista te has encontrado en la obligación de hacer dieta o dejar de comer lo que más te gusta para lograr mantener el peso de tu categoría antes de alguna competencia? Si su respuesta es positiva ¿Cómo te has sentido al hacerlo?



3. ¿Piensas que a los atletas de sexo opuesto se les hace más fácil el hecho de bajar de peso? ¿Por qué?
4. Dicen que entre más edad se tiene más difícil es de mantener y de bajar peso ¿Qué opinas?
5. ¿Qué opinión te merecen las excesivas dietas y largas sesiones de ejercicio con el objetivo de poder bajar de peso?



ENTREVISTA A LA NUTRICIONISTA

Nombre: ----- Edad: -----

Sexo: -----

Aspectos generales de la experiencia del nutricionista.

1. ¿Hace cuánto tiempo ejerce su profesión como nutricionista?
2. ¿Con qué tipo de personas trabaja frecuentemente?

Opinión del nutricionista acerca del peso.

1. ¿Qué tan importante considera el peso?
2. Se dice que existen personas que suben y bajan de peso frecuentemente
¿Qué daños puede traer en la salud?
3. ¿Y el hecho de que bajen considerablemente de peso sin necesitarlo que tan perjudicial puede ser?
4. ¿Cuál es la forma adecuada que se le debe de hacer saber a alguien que tiene que bajar de peso?



Conocimientos específicos de los trastornos de la conducta alimenticia.

1. ¿Cuáles son los trastornos de la conducta alimenticia más frecuentes en Nicaragua?
2. ¿Cómo se puede detectar si una persona presenta algún trastorno de la conducta alimenticia?
3. ¿Alguna vez ha escuchado hablar de los trastornos de la conducta alimenticia en personas de la UNAN como alumnos, deportistas o personal de trabajo?
4. ¿Qué actividades ha realizado el departamento de nutrición para prevenir los trastornos de la conducta alimenticia y/o promover una alimentación sana, dentro y fuera de la UNAN?



ENTREVISTA AL PSICOLOGO DEPORTIVO

Nombre: ----- Edad: -----

Sexo: -----

Aspectos generales de la experiencia del psicólogo.

1. ¿Hace cuánto tiempo ejerce su profesión como psicólogo deportivo?
2. ¿Con cuántas federaciones o equipos deportivos ha trabajado aproximadamente?

Opinión del psicólogo acerca del peso y ejercicio.

1. ¿Qué tan importante considera el peso para un buen rendimiento deportivo y un buen equilibrio emocional?
2. Se dice que existen atletas que suben y bajan de peso frecuentemente
¿Puede causar daños en la salud mental del deportista?
3. ¿Y el hecho de que bajen considerablemente de peso sin necesitarlo que tan perjudicial puede ser?
4. ¿Cuál es la forma adecuada que se le debe de hacer saber al deportista que tiene que bajar de peso?



5. ¿El exceso de ejercicio físico puede perjudicar el estado emocional del deportista?

Conocimientos específicos de los atletas.

1. ¿Cuáles son las necesidades psicológicas de los deportistas hoy en día?
2. ¿Alguna vez ha escuchado hablar de los trastornos de la conducta alimenticia en los deportistas que ha atendido?
3. ¿Tiene conocimientos de que se les imparte charlas, talleres o capacitaciones a los entrenadores y atletas acerca de temas en relación a la imagen corporal, autoestima, comunicación, respeto?



TEST DE ACTITUDES HACIA LA ALIMENTACIÓN (EATING ATTITUDES TEST, EAT)

Edad: ----- Sexo: ----- Deporte: -----

Fecha: -----

Instrucciones: Estimado deportista a continuación se le pide que lea detenidamente y luego proceda a contestar según su percepción individual a las siguientes proposiciones.

Preguntas de ensayo: Debe contestar a las frases que se proponen. Algunas se refieren a la comida y otras a los sentimientos o actitudes que experimenta. En cada frase conteste si lo que se dice le ocurre:

A: siempre B: casi siempre C: a menudo D: a veces E: pocas veces F: nunca

	CATEORÍAS DE RESPUESTA					
	A	B	C	D	E	F
Corto mis alimentos en trozos pequeños.						
Me preocupa el deseo de estar más delgado/a						

Cuestionario: En cada frase contesta si lo que dice te ocurre:

A: siempre B: casi siempre C: a menudo D: a veces E: pocas veces F: nunca

ÍTEMS	CATEORÍAS DE RESPUESTA					
	A	B	C	D	E	F
1. Me gusta comer con otras personas.						
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como.						
3. Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas.						
4. Me da mucho miedo pesar demasiado.						
5. Procuro no comer aunque tenga hambre.						
6. Me preocupo mucho por la comida.						
7. A veces me he «atracado» de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.						
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños.						
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.						
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. ej., pan, arroz, patatas, etc.).						
11. Me siento lleno/a después de las comidas.						
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.						



ÍTEMS	CATEGORÍA DE RESPUESTA					
	A	B	C	D	E	F
13. Vomito después de haber comido.						
14. Me siento muy culpable después de comer.						
15. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.						
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.						
17. Me peso varias veces al día.						
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada.						
19. Disfruto comiendo carne.						
20. Me levanto pronto por las mañanas.						
21. Cada día como los mismos alimentos.						
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.						
23. Tengo la menstruación regular.						
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.						
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.						
26. Tardo en comer más que las otras personas.						
27. Disfruto comiendo en restaurantes.						
28. Tomo laxantes (purgantes).						
29. Procuro no comer alimentos con azúcar.						
30. Como alimentos de régimen (dieta).						
31. Siento que los alimentos controlan mi vida.						
32. Me controlo en las comidas.						
33. Noto que los demás me presionan para que coma.						
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.						
35. Tengo estreñimiento.						
36. Me siento incómodo/a después de comer dulces.						
37. Me comprometo a hacer régimen (dieta).						
38. Me gusta sentir el estómago vacío.						
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.						
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.						

Ficha técnica:

Nombre: Cuestionario De Actitudes Hacia La Alimentación.

Nombre original: Eating Attitudes Test (EAT-40).

Autor: Garner y PE Garfinkel en el año de 1979.



Tipo de instrumento: Cuestionario.

Objetivo: Detecta persona con riesgo y presencia de trastornos de la conducta alimenticia.

Descripción:

Instrumento con cuarenta preguntas que se contesta a través de una escala de seis puntos tipo Likert, que va desde siempre a nunca, para una puntuación de 0 a 120.

Ampliamente aceptada para evaluar un conjunto de actitudes y conductas asociadas con los TCA ya que identifica síntomas y preocupaciones relacionadas con el miedo a ganar peso, la tendencia para adelgazar y la presencia de conducta hacia patrones de la conducta alimenticia restrictivos.

Las preguntas son agrupadas en siete dominios o dimensiones: conductas bulímicas y anoréxicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimenticia, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso.

EAT es útil para identificar casos de anorexia y bulimia nerviosa previamente no diagnosticados, para aplicar en poblaciones de riesgo para TCA. Buen instrumento para validar casos incipientes de Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa, de alta confiabilidad y validez transcultural.

Tiempo de administración: de 15 a 20 minutos.

Corrección e interpretación:

En los ítems directos: siempre=3, casi siempre=2, a menudo=1, a veces=0 pocas veces=0, nunca=0. Los ítems indirectos: 1, 18, 19, 23, 27 y 39, se puntúan de forma inversa.

Los ítems: 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 39, identifican preocupación por la comida, con una puntuación de más de 10.

Los ítems: 8, 12, 24, 26, 33 identifican presión social percibida, con una puntuación de más de 5.



Ψ

62

Los ítems: 13, 19, 28, 35, 40 identifican trastornos psicobiológicos, con una puntuación de más de 5.

Puntuación para propensos a padecer de trastornos de la conducta alimenticia de 20 a 41.

Puntuación para anorexia nerviosa de 42 a 66.

Puntuación para bulimia nerviosa de 67 a más.



Guía de observación

Indicadores	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Lunes	Observaciones
MIEDO INTENSO A ENGORDAR						
Preocupación excesiva por bajar de peso.						
Preocupación excesiva por no subir de peso.						
Grandes cambios en el peso tanto hacia arriba como hacia abajo.						
Chequeo constante del peso en la báscula.						
Se ven constantemente en el espejo.						
Se ven a sí mismo como gordos.						
Ejercicio físico excesivo.						
MANIFESTACIONES PSICOLÓGICAS						
No entabla conversación.						
Aspecto triste y demacrado.						
Ríe fácilmente.						
Se ha vuelto irritable.						
Dificultad para concentrarse.						
Desvalorización de sí mismo.						
Rechazo de la propia imagen corporal.						
PERCEPCIÓN HACIA LA ALIMENTACIÓN						
Hace comentarios negativos constante acerca de la comida.						
Ayuna.						
Realización de una dieta hipocalórica en ausencia de obesidad o sobrepeso.						
MANIFESTACIONES CLÍNICOMEDICAS						
Resaltes óseos marcados.						
Atrofia muscular.						
Piel agrietada, seca, pigmentada.						
Extremidades frías y cianóticas (azulado).						
Palmas y plantas amarillentas.						
Caída de pelo.						
Alteraciones dentarias (amarillos).						



Resultados de las entrevistas a entrenadores:

En las entrevistas algunos entrenadores expresaron que cuando fueron deportistas, durante su preparación, tenían que hacer dietas para mantener el peso de su categoría y otros expresaron que no, que comían normal. Así como que las condiciones de su generación eran pésimas y que ahora son mejores.

Consideran que el peso es importantísimo, porque no están pensando en dar el peso y a si con su peso los atletas se concentran más en su competencia. Con el peso correspondiente se da mejores condiciones.

Dijeron que a sus atletas no les hacen bajar por bajar de peso, sino que a los que están pesaditos se les exige más que lleguen a entrenar que no fallen y no se excedan en comer. Su peso va de acuerdo a la estatura y edad del atleta de forma que el atleta se ubica en la categoría que su peso lo permita y que hay que tener un peso adecuado para la hora de la competencia tener éxito, y hay que adecuarse al peso.

Entre las necesidades de sus deportistas expresaron

- Alimentarse bien diario.
- Descansar bien, dormir sus 8 horas diario.
- Vitaminarse.
- Chequeos con sus médicos.
- Asistir donde el fisioterapeuta por si tiene alguna lesión.
- Tener sus materiales deportivos bien para su entrenamiento.
- Necesitan un cuerpo técnico que sea compuesto por diferentes ramas del deporte (especialista en el área) ya sean psicólogos, médicos, nutricionistas, ortopedistas.
- Vestimenta
- Suplementos
- Masajes.



- viáticos y mejores instalaciones deportivas

Dos entrenadores expresaron que en sus atletas han visto síntomas de trastornos de la conducta alimenticia puestos que algunos presentan ansiedad por la alimentación, toman laxantes, hacen exceso de ejercicio y han presenciado en algunos bulimia y anorexia. Y tratan de concientizarlo y orientarlo.

Resultados de entrevistas a las atletas:

Las deportistas expresaron como necesidades las siguientes:

- No comer antes del entrenamiento.
- Entrenar más.
- Bajar de peso.
- Alimentación.
- Mayor economía para actividades deportivas y vitaminas.
- Equipo deportivo.

Entre las sensaciones que las atletas experimentan cuando se acerca un torneo mencionaron:

Dolor de estómago, dolor de cabeza, ganas de vomitar, se quitan las ganas de comer, preocupación por el peso sino lo dan, alegría, ansiedad, pánico escénico, ganas de ganar, sofoque, sensación de ir al baño, sudadera y la gran mayoría menciona nervios como factor principal.

Los momentos en los que se sintieron bien en su carrera de deportistas fueron que después de pelear ganaron, cuando lograron sus metas, cuando ganan medallas, cada día que van a entrenar y competir ya que toman mayor experiencia y procuran mejorar los defectos que tienen, cuando el entrenador les da ánimos a todos por igual sin importarle si ganan y algunos cuando estaba en la selección.



Algunas mencionaron que han tenido dificultad para mantener su peso porque consideran que tienen un metabolismo lento y otras que les gusta bajar de peso y que cuando no entrenan y no salen a correr suben muy rápidamente de peso.

Una mencionó que no baja de peso porque en la categoría que esta es más de 75 kilos y en esa categoría no se tiene que manejar un peso exacto a menos que se quiera bajar y lo haga por su cuenta.

Otra atleta expreso que ha bajado de peso pero no porque su categoría lo exija sino porque lo desea y hace dieta y cuando baja se siente deshidratada y débil. Otra menciona que se siente bien al bajar de peso ya que gracias a esto llega a competir y hacer lo que le gusta. Expresaron que al no dar el peso se sienten mal porque andan angustiadas y es horrible porque en el momento da hambre que parece ser insaciable.

Algunas piensan que el tener un peso bajo es más fácil mantenerlo y no suben ni bajan, y si son más pesadas le es más difícil bajar de peso al igual que los hombres y los que bajan es porque el tipo de metabolismo es más rápido al digerir la comida. Una expresó que los hombres bajan de peso y se mantienen fácilmente y que a ella le cuesta bajar de peso aunque haga la misma cantidad de ejercicio que los varones, otras mencionaron que piensan que es igual tanto en la mujer como en el varón y que va en dependencia de cada persona.

Expresaron que es cierto que entre más edad se tenga más difícil será de bajar de peso, pero no en el caso de todas las personas adultas que ya tienen un metabolismo más lento, pero hay algunos que tienen un metabolismo más rápido y eso va en dependencia de la persona, y que las condiciones de bajar, no es lo mismo cuando se es joven ya que se tiene más resistencia y se es más activo, conforme la edad el cuerpo se adapta y tiene cambios. Una expresó que a pesar de tener edad avanzada se sigue haciendo ejercicio, se puede llegar a mantener en su peso.



Algunas atletas mencionaron que las excesivas dietas no son óptimas para el organismo y vendría siendo perjudicial para el cuerpo, pero si están de acuerdo con unas largas sesiones de ejercicio ya que ayudan a mantenerse en forma y es una manera más fácil y óptima para bajar de peso y tener una buena condición física. Otras que con las dietas no tenían problema ya que comen regular no al extremo y los ejercicios les hacen bajar y que eliminan carbohidratos para que el metabolismo transcurra más rápido y el ejercicio es bueno. Si se lleva una dieta balanceada está bien.

Resultados de las entrevistas a los atletas:

Entre las necesidades mencionaron:

- Dinero y disposición.
- Equipo deportivo.
- Vitaminas.
- Viatico de alimentación y transporte.
- Suplementos de entrenamiento.
- Buena alimentación.
- Terapias psicológicas.

Entre las sensaciones que los atletas experimentan cuando se acerca un torneo mencionaron:

Ansiedad por competir pronto, nerviosismo por el resultado personal, alegría, emoción y ansiedad.

Los momentos en los que se sintieron bien en su carrera de deportistas fueron cuando lograron obtener buenos resultados en los ejercicios y hasta ganar medallas, cuando ganan campeonatos nacionales.

Cuando tienen que perder peso se sienten débiles, con sueño, agotados, con mucha hambre, presionados y es horrible.



Expresaron que los hombres tienen un metabolismo más rápido y que el hecho de subir y bajar de peso rápidamente depende de la persona, disciplina y organismo y que a veces no trabajan lo suficiente y que ambos géneros deben trabajar igual.

Dijeron que entre más edad es más difícil bajar de peso y empezar a hacer los ejercicios y va en dependencia de la disciplina que disponga cada persona y que entre más edad se tenga el metabolismo se desacelera.

A los entrevistados no les parece correcta la meta de bajar de peso rápidamente ya que es algo muy vanidoso y que nada en exceso es bueno, todo en exceso perjudica, muchas veces estos mecanismos pueden conducir a sentirte peor pues son agotadores pero al final se ven los resultados.

Resultados de la entrevista a la Nutricionista:

La nutricionista Jenny Casco quien ejerció su profesión durante 25 años en el campo de la salud atendiendo principalmente a personas con obesidad, hipertensión, gastritis, diabetes, niños con desnutrición o con obesidad, expreso que es muy importante el peso, ya que se debe de tener el adecuado en dependencia del tamaño, sexo, edad, contextura física.

Recalcó que el subir y bajar de peso significa que se está alimentando inadecuadamente y esto afecta principalmente al corazón. Y que el hecho de bajar de peso sin necesitarlo la persona llega a desnutrirse sufriendo un desorden en todo el metabolismo.

Si una persona necesita bajar de peso primeramente se clasifica nutricionalmente, se le dice que está en sobrepeso, las repercusiones, se le explica el riesgo y se le orienta la dieta.

Mencionó que no ha escuchado de personas que tengan trastornos de la conducta alimenticia, pero que la gente ni sabe que los tiene. En una ocasión atendió a una adolescente de 14 años la cual llegó una vez a una cita diciendo que quería bajar



de peso porque quería ser modelo, le explicó que no tenía necesidad de hacerlo pues estaba con su peso adecuado, la adolescente reaccionó llorando. Expresó: es el único caso que atendió con posible trastorno de la conducta alimenticia pero no diagnosticado.

Dijo que las personas con bulimia se atracan de comida, luego la vomitan y anorexia no comen, se provocan vómitos. Estos trastornos se dan más en modelos, bailarines, deportistas y tiene que ver con baja autoestima y una serie de factores emocionales.

Dijo que no se hacen actividades en relación a los trastornos de la conducta alimenticia meramente, solo acerca de alimentación sana, diabetes, hipertensos, mujer embarazada, lactante, alimentación en niños menores de 5 años, los imparten en comunidades y hospitales, en la universidad no se dan y que lo que se da en la universidad es intercambio de conocimientos entre los docentes de otros departamentos de la UNAN.

Lo importante es aprender a comer, medir la cantidad y la frecuencia sin matarse de hambre.

Resultados de las entrevistas al Psicólogo Deportivo:

El psicólogo deportivo Renney Delgado Suazo quien tiene 8 años de ejercer su profesión con las federaciones de taekwondo, karate, levantamiento de pesas, atletismo, fútbol entre otras expresó que el peso corporal tiene que ver con el deporte que se practica, el peso ayuda con una buena autoestima, y el peso ideal mejora la salud.

Dijo que existen atletas que suben y bajan de peso frecuentemente y que esto les afecta, crea inestabilidad, desconfianza y sentimientos de culpa, el hecho de subir crea inestabilidad emocional. Cuando se sube de peso se cansa rápido, en las bajadas se pierde de peso y provoca anemia. Lo ideal es una dieta balanceada y mantener el peso.



La excesiva preocupación por bajar de peso lleva a trastornos de la conducta alimenticia, ansiedad y baja autoestima ocasionados por la imagen corporal, existe la vigorexia (exceso de ejercicio físico) que disminuye la cantidad de amigos y consumen anabólicos, el cuerpo se deforma.

La forma adecuada de pedirle a un atleta que baje de peso es planificándolo, diciendo con anticipación, meses antes de una competencia pues la bajada de peso esta en dependencia de la competencia no se le puede pedir al deportista que en 3 semanas baje de peso considerablemente, ya que puede causar daños como por ejemplo la deshidratación que ocasiona problemas de vista y en la percepción en general.

También expresó que el exceso de ejercicio ocasiona daños emocionalmente pues la persona percibe que los demás no la quieren por no estar en forma, se baja su autoestima y crea desconfianza. El ejercicio debe de ser un medio para cuidar la salud, no para deteriorarla.

Entre las necesidades psicológicas menciono:

- 1- Disciplina (tenga la capacidad de comprometerse con objetivos y metas), capacidad de entregarse a los entrenamientos.
- 2- Entrenamiento invisible (cuidar dieta, comer los nutrientes necesarios).
- 3- Descansar el tiempo necesario, un deportista necesita dormir 8 horas. Si duerme más el cuerpo se adapta y le da más pereza y si duerme menos no rinde lo suficiente.

Señaló que ha conocido atletas con trastornos de la conducta alimenticia, eso se da cuando tienen ansiedad, se atracan de comida, o dejan de comer cuando van a competir. Lo ideal es que tengan una mentalidad en lo que deben y no deben comer.

Expresó que los deportistas no reciben conocimientos relacionados con su formación integral (tales como autoestima, imagen corporal, comunicación,



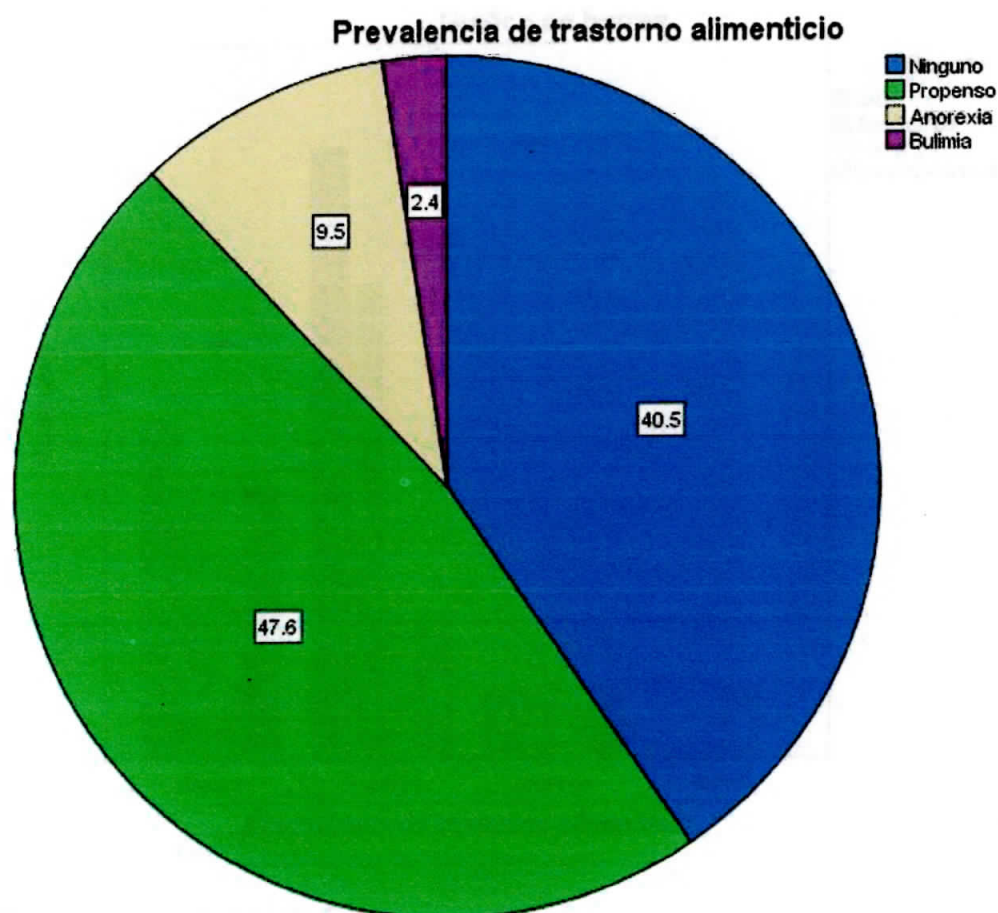
valores), simplemente los reúnen para entrenar, con el objetivo de obtener un resultado que es competir y ganar.

Los entrenadores son resistentes a ir a capacitaciones. Las expectativas de superación son muy pobres, están enfocados a otras cosas no a enriquecer más y mejores conocimientos y se les limita las capacidades a los deportistas.



Gráficas de las tablas:

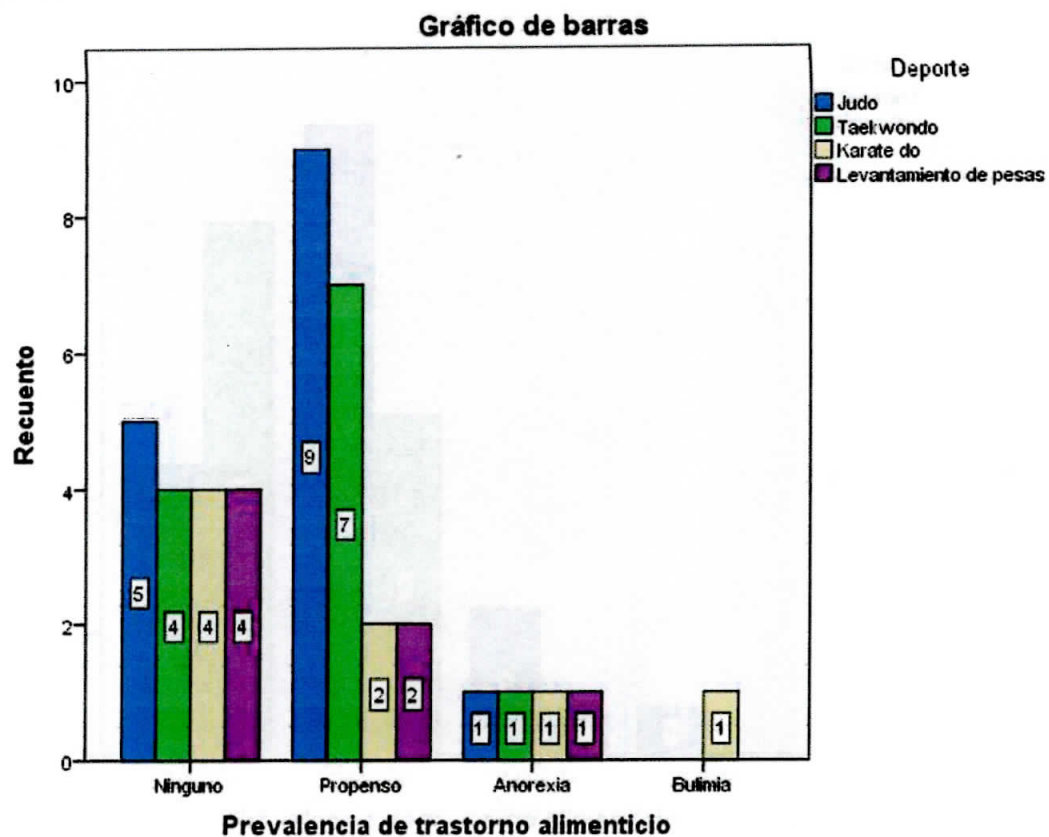
Gráfico #1: Prevalencia de trastorno de la conducta alimenticia.



Referencia: tabla # 1



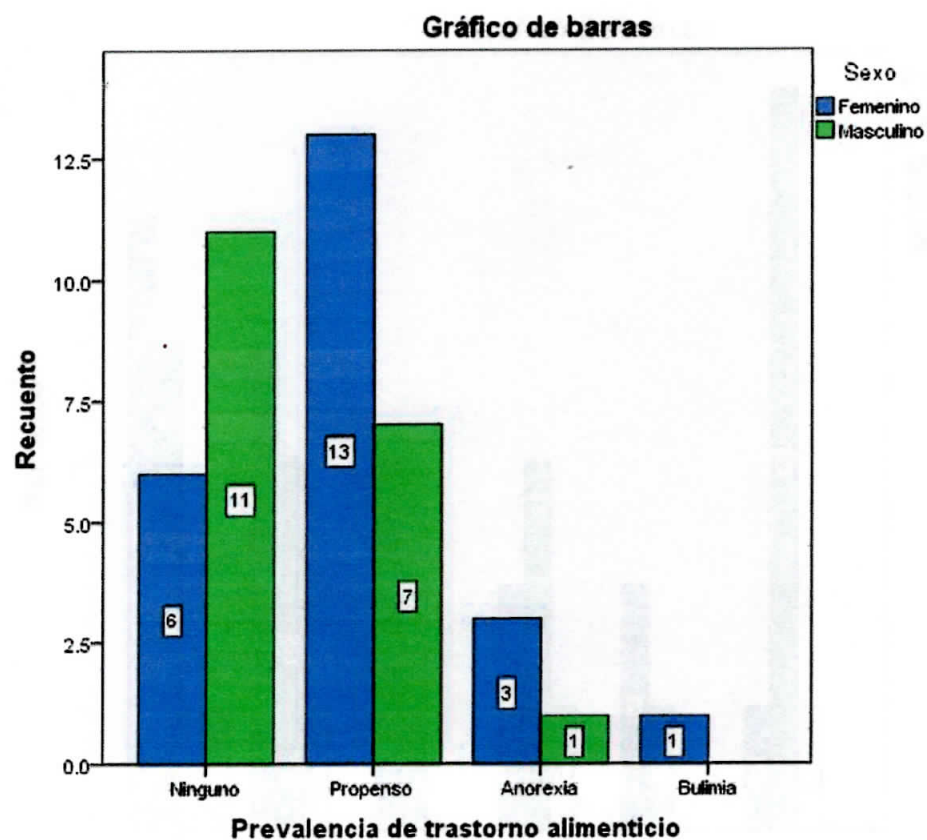
Gráfica # 2: Deporte y prevalencia de trastorno de la conducta alimenticia.



Referencia: tabla # 2



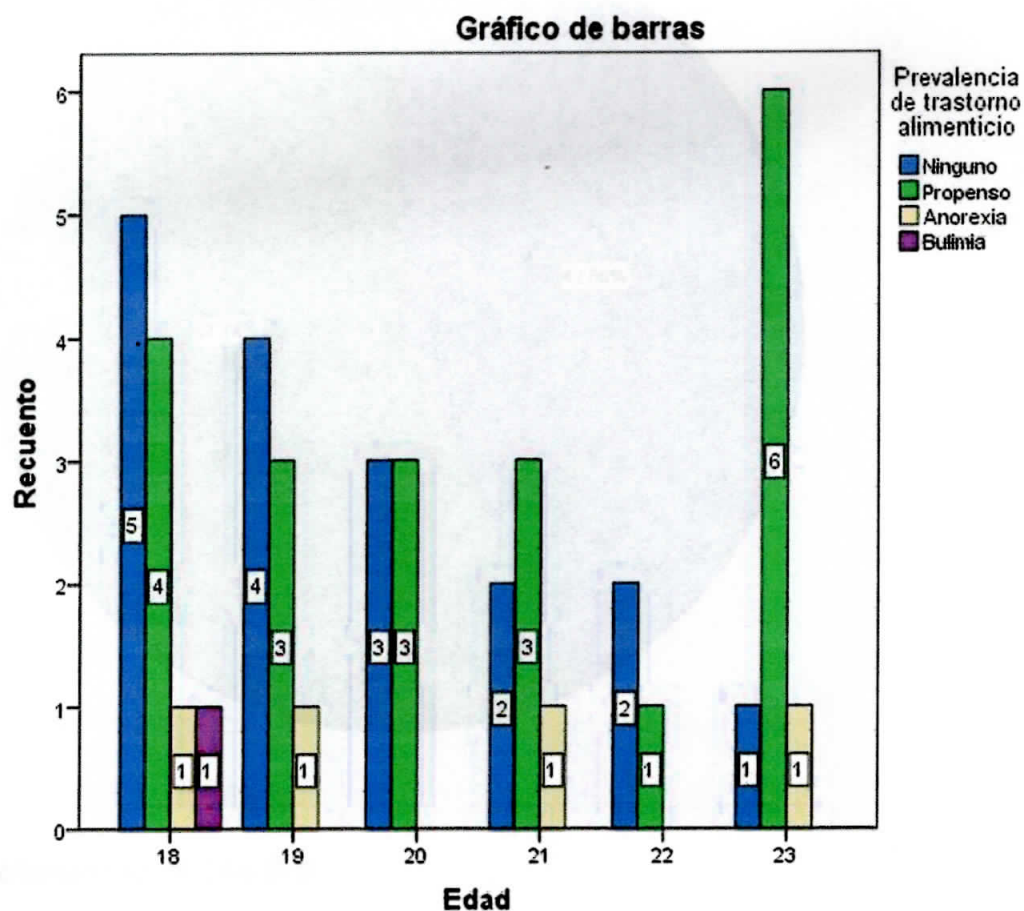
Gráfico # 3: Prevalencia de trastornos de la conducta alimenticia en relación al sexo.



Referencia: tabla # 3



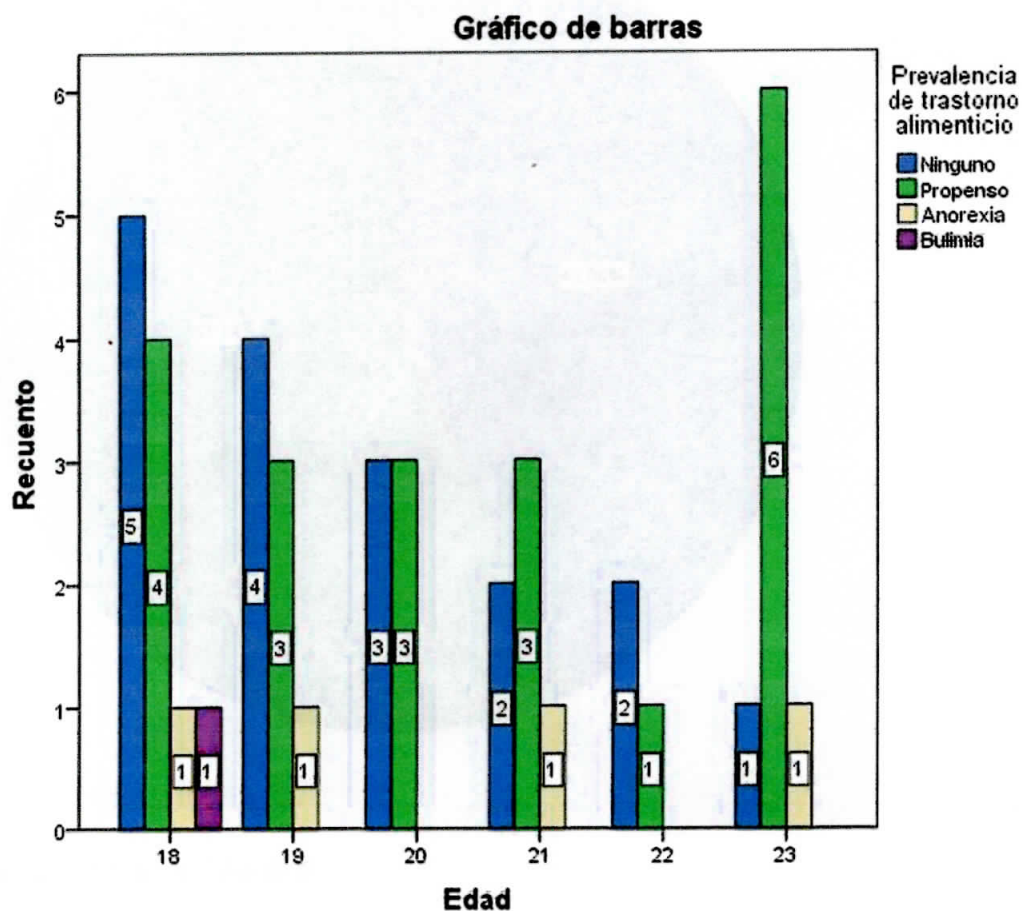
Gráfica # 4: Prevalencia de trastorno de la conducta alimenticia en relación a la edad.



Referencia: tabla # 4



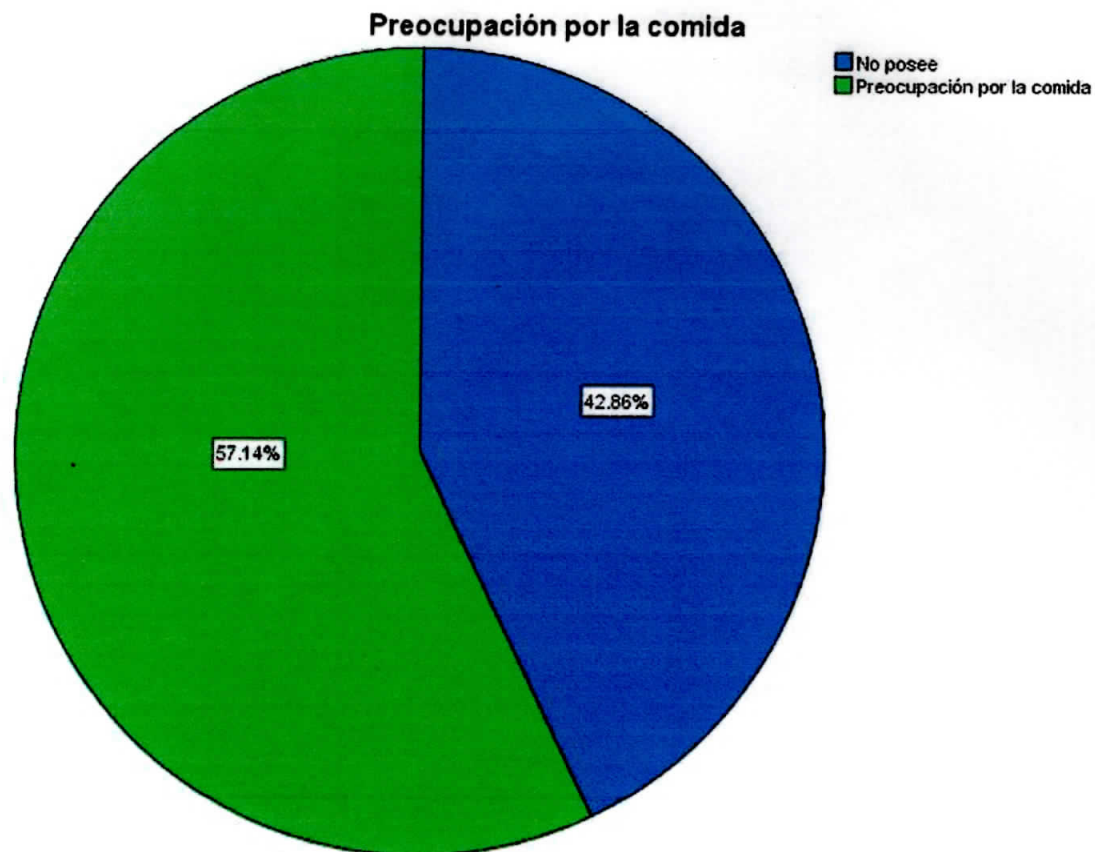
Gráfica # 4: Prevalencia de trastorno de la conducta alimenticia en relación a la edad.



Referencia: tabla # 4



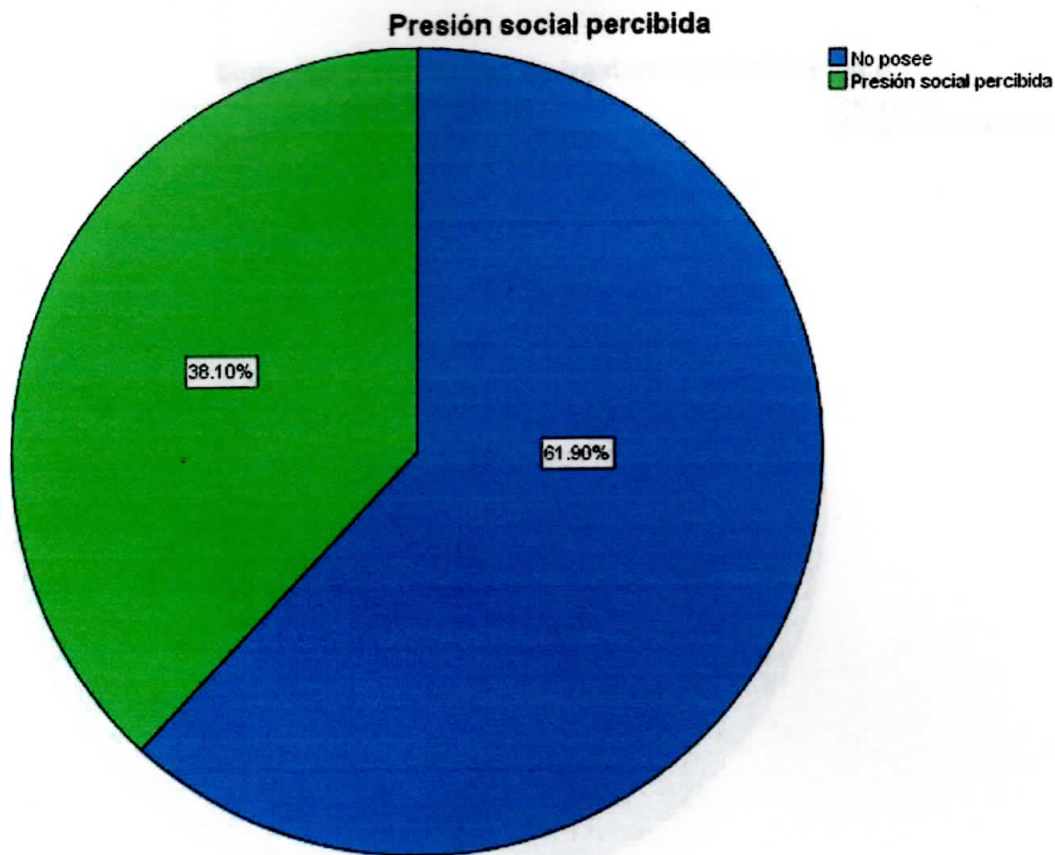
Gráfica # 5: Preocupación por la comida.



Referencia: tabla # 5



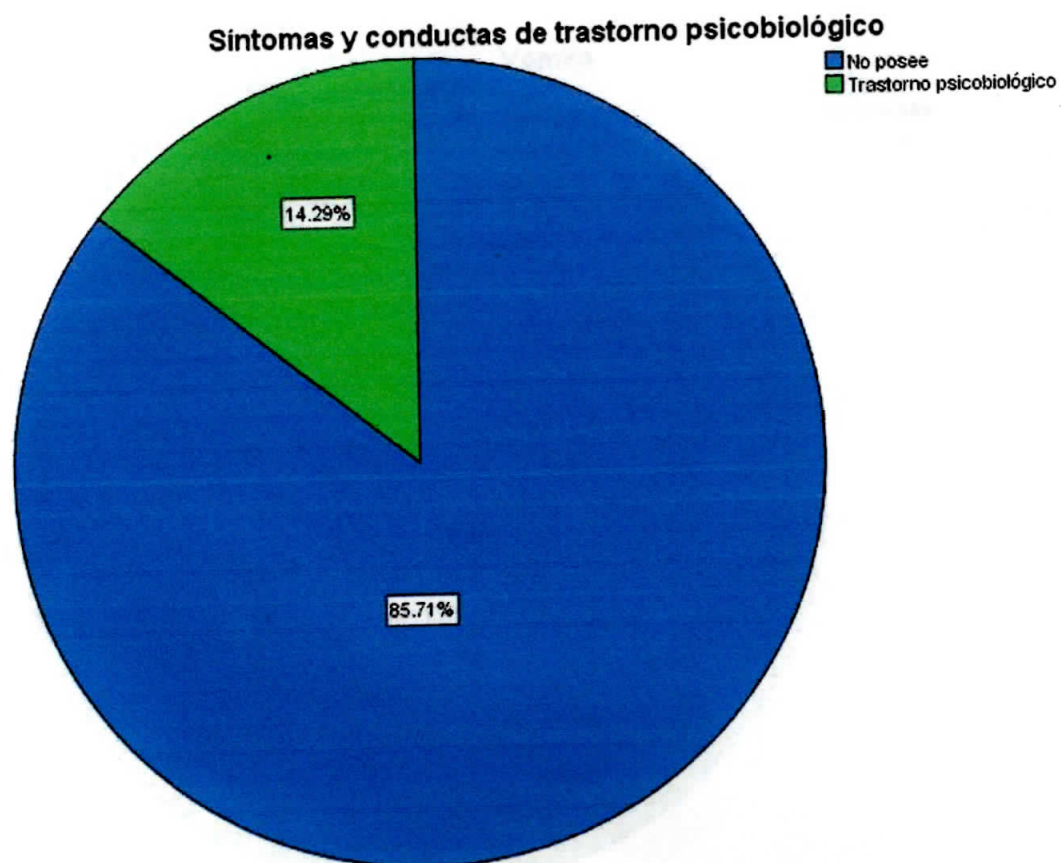
Gráfica # 6: Presión social percibida.



Referencia: tabla # 6



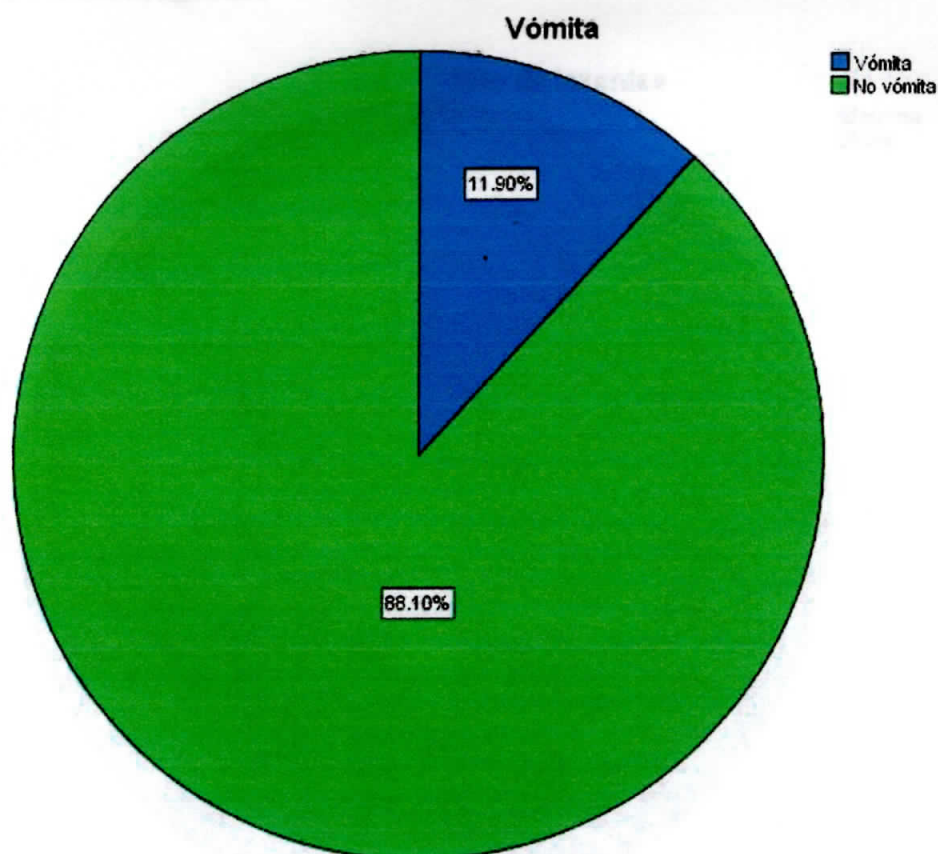
Gráfica # 7: Síntomas y conductas relacionados a los trastorno psicobiológico.



Referencia: tabla # 7



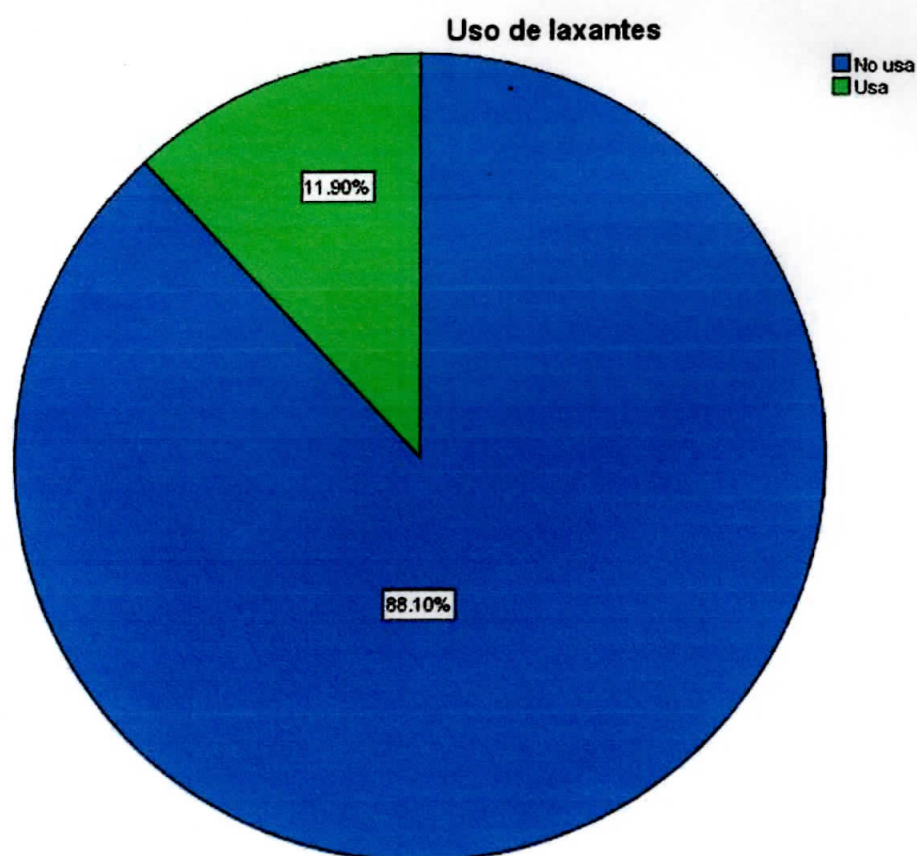
Gráfica # 8: Síntomas en relación a los trastornos psicobiológicos:



Referencia: tabla # 8



Gráfica # 9: Conductas en relación a los trastornos psicobiológicos.



Referencia: tabla # 9

